



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

PROGRAMA DE ENFERMERÍA ESCOLAR: CÓMO EDUCAR EN SALUD

Grado en enfermería

Erizaintza Gradua

Trabajo Fin de Grado/ Gradu Bukaerako Lana

Estudiante: Miren Fernandez-Micheltorena Altadill

Tutor/Tutora: Inés Aguinaga Ontoso

Mayo, 2021

“No solo necesitamos buenas condiciones materiales, para sentirnos bien, para sentirnos sanos, necesitamos desde la infancia sentirnos valorados y apreciados, necesitamos amigos, sociedades sociables, sentirnos útiles, necesitamos un cierto grado de autonomía en el trabajo. Si no, tendremos una mayor predisposición a la depresión, el uso de drogas, ansiedad, hostilidad, y sentimientos de desesperanza que repercutirán negativamente en nuestra salud”.

Richard Wilkinson and Michael Marmot

RESUMEN

Después de la familia, la escuela es considerada el segundo entorno que más influencia tiene en el desarrollo emocional y social del niño. Tanto en el hogar como en la escuela, adquirimos competencias necesarias para afrontar la vida y desarrollar todo nuestro potencial. A día de hoy, en España, el papel de la enfermera escolar no está implantada de forma unánime en todas las comunidades autónomas.

El objetivo principal de este trabajo es reivindicar la incorporación de la figura del profesional de la enfermería en las aulas de la comunidad educativa, con el fin de educar en hábitos de vida saludables y resaltar en la sociedad actual los beneficios para los alumnos y su salud.

Como metodología, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, así como en artículos y páginas web de interés.

La obesidad infantil y las lesiones no intencionadas son dos de los grandes problemas presentes en la edad infantil a nivel mundial. Las cifras son una realidad: la obesidad infantil ha alcanzado números alarmantes. A su vez, las lesiones no intencionadas ocurren con mucha frecuencia y tienen grandes repercusiones en la población escolar.

En definitiva, la enfermería escolar es una necesidad de toda la comunidad educativa, tanto de padres y madres como del profesorado. El profesorado no está capacitado para cubrir las demandas que la población escolar requiere en materias de salud, y atención primaria, por su parte, sí que posee las competencias necesarias pero está desbordada con una carga asistencial muy elevada y no dispone de tiempo para implicarse en el ámbito escolar. Por lo tanto, la escuela se convierte en un escenario idóneo para desarrollar hábitos y comportamientos saludables, y el profesional de enfermería es la persona adecuada para ejercer dicha labor.

Palabras clave: Enfermera del colegio, promoción de la salud, salud escolar, obesidad infantil, primeros auxilios.

ABSTRACT

After the family, the school is considered the second most influential environment for children's emotional and social development. Both at home and at school, we acquire the necessary skills to face life and develop our full potential. Currently, in Spain, the role of the school nurse has not been unanimously implemented in all autonomous communities.

The main objective of this work is to demand the incorporation of the figure of the nursing professional in the classrooms of the educational community, in order to educate in healthy lifestyle habits and highlight the benefits for students and their health in today's society.

As a methodology, a bibliographic search was carried out in different data bases, as well as in articles and websites of interest.

Childhood obesity and unintentional injuries are two of the biggest problems in childhood worldwide. The figures are a reality: childhood obesity has reached alarming numbers. At the same time, unintentional injuries occur very frequently and have a great impact on the school population.

In short, school nursing is a necessity for the whole educational community, both parents and teachers. Teachers are not trained to meet the health demands of the school population, and primary care, for its part, does have the necessary skills but is overwhelmed with a very high care load and does not have the time to get involved in the school environment. Therefore, the school becomes an ideal setting for developing healthy habits and behaviours, and the nursing professional is the right person to carry out this task.

Key words: School nurse, health promotion, school health, childhood obesity, first aid.

LABURPENA

Familiaren eta gero, haurren garapen emozionalean eta sozialean eragin handiena duen bigarren ingurunetzat hartzen da eskola. Etxean zein eskolan, bizitzari aurre egiteko eta gure ahalmen osoa garatzeko beharrezkoak diren gaitasunak eskuratzen ditugu. Gaur egun, Espainian, eskola-erizainaren zeregina ez dago aho batez ezarrita autonomia-erkidego guztietan.

Lan honen helburu nagusia erizaintzako profesionalaren figura hezkuntza-komunitateko ikasgeletan sartzea aldarrikatzea da, bizi-ohitura osasungarrietan hezteko eta egungo gizartean ikasleentzako eta haien osasunerako onurak nabarmentzeko.

Metodologia gisa, bilaketa bibliografikoa egin da hainbat datu-basetan, bai eta artikulu eta webgune interesgarrietan ere.

Haurren obesitatea eta nahi gabeko lesioak dira mundu mailan haurren adinean dauden arazo handietako bi. Zifrak errealitate bat dira: haurren obesitateak zenbaki kezkagarriak lortu ditu. Era berean, nahi gabeko lesioak askotan gertatzen dira, eta eragin handia dute ikasleengan.

Azken batean, eskola-erizaintza hezkuntza-komunitate osoaren beharra da, gurasoena zein irakasleena. Irakasleek ez dute gaitasunik eskolako biztanleek osasunaren eta lehen mailako arretaren arloan behar dituzten eskaerak betetzeko, bai, ordea, behar diren gaitasunak, baina gainezka dago laguntza-karga handiarekin eta ez du denborarik eskola-eremuan inplikatzeko. Beraz, eskola ohitura eta portaera osasungarriak garatzeko eszenatoki egokia da, eta erizaintzako profesionala pertsona egokia da lan hori egiteko.

Gako-hitzak: eskolako erizaina, osasunaren sustapena, eskola-osasuna, haurren obesitatea, lehen laguntzak.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes de la enfermería escolar	4
1.2 Funciones de la/el enfermera/o escolar	7
1.3 Situación actual en España y en Navarra	9
1.3.1 Situación actual en España... ..	9
1.3.2 Posturas a favor y en contra	12
1.3.3 Situación actual en Navarra.....	14
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo principal	17
2.2 Objetivos secundarios	17
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
3.1 Estrategia de búsqueda.....	18
3.2 Criterios de búsqueda	19
3.3 Diagrama de flujo	19
3.3 Cronograma temporal.....	20
4. RESULTADOS.....	22
4.1 Primeros auxilios	22
4.1.1 Marco teórico	22
4.1.2 Contexto	22
4.1.3 Causas y consecuencias de las lesiones no intencionadas.....	24
4.1.4 Justificación	25
4.2 Obesidad infantil	27
4.2.1 Contexto.....	27
4.2.2 Navarra a nivel nacional	30
4.2.3 Relación entre la pobreza y el sobrepeso y la obesidad	34
4.2.4 Causas de la obesidad infantil	35
5. DISCUSIÓN	40
6. CONCLUSIONES	43
7. PROPUESTA TEÓRICA	44
7.1 Introducción/Justificación.....	44
7.2 Presentación: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	44
7.3 Objetivos	44

7.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL	44
7.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
7.4 Población diana	45
7.5 Recursos	45
7.6 Desarrollo del programa	45
7.6.1 CRONOGRAMA	46
7.6.2 SESIONES	47
8. BIBLIOGRAFÍA	73
9. ANEXOS.....	85

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad sujeta a cambios acelerados. Una sociedad dinámica y cambiante, nunca estática, cuya continua transformación afecta a los determinantes sociales, económicos y culturales, así como a los valores, estilos de vida y modos de relación social. Dicha coyuntura propicia también cambios en la salud en todas las etapas de nuestra vida. (1)

La nueva tesitura social, que carece de modelos anteriores por los que guiarse, obliga a la sanidad a dinamizarse en la misma medida que la sociedad, amoldándose a la realidad, a la situación novedosa y cambiante, y de este modo a seguir evolucionando.(2)

La transformación del modelo familiar, el continuo estrés al que tiene que hacer frente los padres y madres para poder compaginar su vida laboral y familiar, ligados a los cambios en los patrones de educación parental, han generado cambios en los hábitos de vida de los padres y madres, así como en los de sus hijas e hijos, revelando una nueva realidad que repercute en gran medida en los significativos cambios observados en el modelo epidemiológico de las enfermedades.(1)

Después del hogar, el centro educativo se erige en el segundo entorno más influyente en la vida de niños y niñas.(3) Durante la etapa escolar los y las escolares van adquiriendo e integrando conductas, actitudes y habilidades que tienen un importante impacto sobre su salud. Estos hábitos, ya sean saludables o no, se consolidan cuando son jóvenes y son difíciles de corregir en la edad adulta.(4)

En este siglo XXI, destacan dos emergencias sanitarias a nivel global: la obesidad infantil y las lesiones no intencionadas en niños de edad escolar.

El índice de obesidad en la infancia cada vez es mayor y se está convirtiendo en una patología global. Según datos de la OMS, España posee uno de los porcentajes más altos de obesidad de toda la Unión Europea. En el año 2019, el 40,6% de menores en edad escolar presentaba sobrepeso u obesidad.(5) En las últimas 4 décadas el porcentaje de escolares con sobrepeso u obesidad se ha multiplicado por 10.(6)

Las altas tasas de obesidad infantil están estrechamente relacionadas con la falta de actividad física y el abuso incontrolado y no supervisado de las TIC (tecnología de la

información y comunicación). Además, la probabilidad de que puedan sufrir bullying o ciberacoso por culpa de éstas es mayor.(1)

Este alarmante e incontrolable aumento de la obesidad infantil, es causante de la evolución de numerosos procesos crónicos. En este punto, el profesorado tiene que convivir y hacer frente a ciertas situaciones, sin poseer los conocimientos ni materiales suficientes(7). La presencia de personal profesional de enfermería en los centros escolares ayuda a los niños y niñas que padecen estas patologías crónicas a poder aceptar y normalizar su proceso, así como relacionarse con el resto de escolares con total normalidad.(7)(8)(1)

En este contexto, el personal de enfermería escolar se convierte en una figura que les puede ayudar en la adopción de hábitos saludables, así como en la concienciación de la importancia que tienen las etapas de desarrollo una alimentación variada y equilibrada.

El continuo aumento de la obesidad infantil es, pues, una asignatura pendiente de todos los gobiernos y autoridades nacionales e internacionales de salud, ya que este panorama al que nos enfrentamos es terriblemente grave.

Por otro lado, las lesiones no intencionadas en la población infantil constituyen otro grave problema a nivel mundial, considerándose otras de las grandes epidemias junto con la obesidad infantil.(9)

Según la AEP (Asociación Española de Pediatría) en Europa las lesiones no intencionadas constituyen la primera causa de muerte entre la población menor de 15 años. No obstante, en España, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), suponen la tercera causa de muerte. Al año alrededor de 100.000 niños se ven comprometidos por culpa de éstas, y casi la mitad de ellos tienen lugar en la escuela. (10)(11)

En esta nueva y cambiante realidad, la figura del personal profesional de enfermería, en los centros escolares, puede ser clave para ayudar al alumnado en la adquisición de hábitos de vida saludable y potenciar el autocuidado y el conocimiento de aspectos básicos en primeros auxilios.

A día de hoy, en España son muy pocas las comunidades autónomas que cuentan con el perfil de profesionales de la Salud en su plantilla.(12) Esto supone un riesgo y una

desventaja para la salud escolar. El personal docente, junto con las familias, considera que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en los colegios, y no solo porque los cuidados puedan estar garantizados sino por la labor docente que pueda hacer en materia sanitaria. (13)(14)

En definitiva, la enfermería escolar, es una especialidad de la rama sanitaria, que fomenta la salud y el bienestar físico, psíquico y social de la infancia y la adolescencia. Por ello, la escuela es un escenario excelente para abordar todas esas necesidades de la comunidad educativa. (8)

Por lo tanto, con el fin de poder implantar un programa de enfermería escolar, se hace necesaria la participación activa y el trabajo colectivo y coordinado entre la escuela, la familia y las autoridades sanitarias con el fin de crear unos entornos sociales saludables y protectores donde los menores puedan crecer seguros y sanos.(8)(7)

Finalmente, no tenemos que olvidar que hay que definir qué es la Enfermería Escolar para que su papel se ajuste a las necesidades surgidas en este nuevo panorama. De hecho, encontramos numerosas definiciones sobre la enfermería escolar que comparten conceptos muy parecidos en cuanto a su labor dentro de la comunidad educativa.

A nivel internacional, la NASN (National Association of School Nurses)(15), define la enfermería escolar como: " (...) *una práctica especializada de enfermería, protege y promueve la salud de los estudiantes, facilita el desarrollo óptimo y promueve el éxito académico. Las enfermeras escolares, basadas en la práctica ética y basada en la evidencia, son los líderes que puentean la atención médica y la educación, proporcionan coordinación de atención, abogan por una atención centrada en el estudiante de calidad y colaboran para diseñar sistemas que permitan a las personas y comunidades desarrollar todo su potencial.*"

A nivel nacional, en el año 2010, la Asociación Madrileña de Enfermería Escolar (AMECE) (16), definió dicha figura como: " *La Enfermera Escolar es el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a*

de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud. ”

Por lo tanto, la figura de la enfermera o enfermero escolar se ha convertido en un agente de salud dentro del centro educativo, donde su papel promotor y educador en aspectos de salud sirve de enlace entre la escuela, la familia y Atención Primaria.

***NOTA DEL AUTOR:** En la introducción del texto he utilizado el lenguaje inclusivo. No obstante, a partir de aquí, por mantener la claridad de lo que quería expresar y evitar estar permanentemente con desdobles, para conseguir que la lectura se haga de manera más fluida, he empleado un lenguaje comúnmente aceptado.

1.1 Antecedentes de la enfermería escolar

Antes de hablar de *Enfermería escolar*, es interesante mencionar que no fue hasta el siglo XIX cuando se desarrolló el **primer programa de formación para las enfermeras**: The Nightingale Home and Training School, de la mano de la madre de nuestra profesión, Florence Nightingale. Desde entonces, se fueron creando más y más escuelas, hasta alcanzar cerca de 30 colegios de enfermería por todo el mundo.

Sin embargo, la figura de la enfermera escolar, surgió por primera vez en Londres, en el año 1891 en el “*Congreso de Higiene y Demografía*”, cuando el Dr. Malcolm Morri reconoció la necesidad que había de la existencia de un profesional de enfermería en las escuelas de primaria, con el objetivo de inspeccionar la salud de los niños y niñas.

A partir de aquí, en 1897 se creó “The London School Society” y los colegios, tras comprobar el impacto tan positivo que tuvo en la salud de los niños esta propuesta, decidieron asignar a los centros una enfermera a tiempo completo. (17)

Posteriormente, en la primera reunión de 1899 se establecieron y definieron las principales funciones que tenía una enfermera de colegio: (18)

- Supervisar la higiene y las enfermedades de los niños.
- Supervisar los malos tratos en los hogares e instruir a las familias cómo cuidar a sus hijos.
- Prevenir la extensión de las enfermedades infecciosas

- Proteger a los alumnos enfermos y evitar que los que están sanos enfermen.
- Detectar de manera rápida y precoz los primeros síntomas de cualquier enfermedad.

Fue a principios del siglo XX, en el año 1902, cuando surge la primera enfermera escolar conocida de la historia, la enfermera Lina Rogers. Rogers, junto con la ayuda de su compañero, examinó a niños y niñas con problemas de aprendizaje y audición. Así mismo, visitó a las familias para llevar a cabo estrategias de educación y promoción de estilos de vida saludables, logrando así la disminución del nivel de absentismo escolar de una forma drástica.(16)

Esto también provocó la expansión de nuevas enfermeras escolares por todo Estados Unidos, dando lugar al comienzo de una especialidad distintiva y fundamental de enfermería. (19)(20)

Pocos años más tarde, en el 1907, la enfermería escolar llegaría a otros países europeos como Suecia y Escocia, donde conseguiría instaurarse de forma muy rápida. (21)

En 1991, se creó la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), lo que a día de hoy se conoce como: Red de Escuelas para la Salud en Europa (*Schools for Health in Europe network, SHE*). La finalidad de esta escuela europea es prestar apoyo a aquellas instituciones y grupos que se encargan de crear un entorno seguro y favorecedor para toda la población escolar, mediante la educación y promoción de conductas saludables.(19)

Finalmente, en el año 1999, la “*National Association of School Nurses*”(NASN), en vista de la nueva especialización de los enfermeros en los centros escolares, creó por primera vez el término de “*school nursing*”(enfermería escolar) y definió la figura de la enfermera escolar como: (20)

“una práctica especializada de la profesión enfermera que persigue el bienestar, el éxito académico y una promoción de la salud en la vida de los estudiantes. Para este fin, las enfermeras escolares fomentan la responsabilidad positiva de los alumnos para un desarrollo normal; promueven la salud y la seguridad; intervienen con problemas de salud potenciales y actuales; realizan gestión de casos; y colaboran activamente con toda la

comunidad escolar para construir la capacidad de adaptación de los estudiantes en la familia, su gestión, apoyo y aprendizaje”.

En nuestro país, la información que tenemos ligada a los inicios de la enfermería escolar es bastante limitada, puesto que la figura que tenemos de enfermera escolar es muy reciente. Fue en el año 1880, en Madrid, donde se publicó el primer ejemplar que trataba sobre la sanidad escolar: “Tratado de la Higiene Escolar”. En él, se denuncia el mal estado de la salud escolar y se menciona por primera vez el botiquín escolar. (20)

No obstante, la primera enfermera escolar no se incorpora en los centros escolares hasta el año 2001, cuando se aprueba la Ley 13/1982 del 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos. Esta ley consentía a los alumnos con necesidades educativas especiales el acceso a los Centros públicos de infantil, primaria y secundaria. (16)

Finalmente, en el año 2009, se fundó la primera asociación de Enfermería Escolar en Centros Educativos en España, en la cual se define la figura de la enfermera escolar, así como sus funciones. (20)

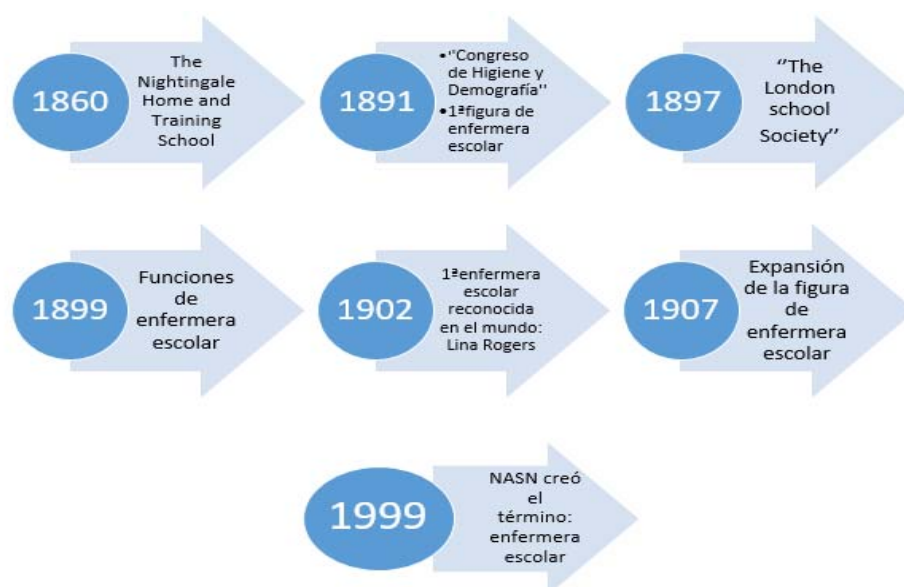


Figura 1. Antecedentes de la enfermería escolar.

1.2 Funciones de la/el enfermera/o escolar

En los últimos años, el papel que desempeña una enfermera de colegio ha ido variando. Las funciones de una enfermera escolar pueden cambiar notablemente, ya que son muchos los factores que hay que considerar. Éstas pueden estar influidas según el país donde se trabaje, y dependen de las necesidades de salud de cada población, de los centros escolares y de la existencia o no de programas de apoyo escolar. Actualmente, existe un desconcierto tanto entre los profesionales como entre los profesores y la población en general, sobre cuál debe ser el rol principal que tiene la figura de enfermera escolar. (20)(21)

En términos generales, podría decirse que la función principal de una enfermera de colegio es asegurar y mantener, en la medida de lo posible, la salud y calidad de vida de la comunidad escolar, considerando sus necesidades y promocionando hábitos de vida saludables, tratando de fomentar siempre el auto-empoderamiento.(18) La Asociación Española de Enfermería y Salud Escolar, afirma que la disciplina de enfermería alberga funciones como son cuidar, formar y formarse, investigar y formar parte en la gestión y en la política sanitaria.(22)

Tal y como aparece en el tercer punto del artículo 4 de la Ley 44/2003, del 21 de Noviembre, de La Ordenación de las Profesiones Sanitarias, “los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”’. (23)

Del mismo modo, en el segundo apartado del artículo 7, *Diplomados Sanitarios*, de la Ley 44/2003, se menciona:

“ [...] corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”’. (24)

FUNCIONES

ASISTENCIAL	Ofrecer los cuidados necesarios para cubrir y mantener las necesidades y salud de toda la comunidad educativa(2)(25)
DOCENTE	Promocionar estilos de vida saludables y fomentar el auto empoderamiento, a través de programas de Educación para la Salud, dirigidas a toda la comunidad escolar(25)(16)
GESTORA	Planificar, liderar, estructurar, controlar y gestionar de manera eficaz y eficiente todos los recursos, humanos y materiales, y necesidades de la comunidad educativa (25)
INVESTIGADORA	Aumentar de forma continua los conocimientos propios de su profesión y ahondar en ellos, para así, poder garantizar cuidados de calidad. (16)

Para que el profesional de enfermería pueda llevar a cabo estas funciones, es imprescindible que se trabaje de forma multi e interdisciplinar, colaborando de manera coordinada junto con profesionales de atención primaria, centros de salud mental y centros municipales, así como con las familias y los trabajadores de los centros escolares (docentes, personal del comedor, cuidadores del patio etc.) con el fin de garantizar un cuidado integral, e integrar de una forma transversal la salud en todas las materias.(25)



Figura 2. Población de estudio de la enfermera escolar.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos a partir de AMECE, 2010.

Por lo tanto, la enfermera escolar se debe integrar dentro de la especialidad de enfermería, puesto que el rol y las actividades que ejerce se recogen dentro de las funciones generales de la profesión de enfermería, como son: asistencial, investigación, docencia y gestión. Así mismo, las enfermeras escolares también abarcan otras funciones, tal y como explica ACISE (Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar). Entre ellas, además de las mencionadas anteriormente, destacan: (26)

1. Función de asesoramiento
2. Función de acompañamiento
3. Función social
4. Función de detección y vigilancia

1.3 Situación actual en España y en Navarra

1.3.1 Situación actual en España

A diferencia de otros países, donde la figura de la enfermera escolar se encuentra arraigada de forma armónica al sistema de salud y se trabaja de forma coordinada y conjunta, con el fin de cubrir las necesidades de salud de la población escolar, como es el caso del Reino Unido, Francia o EE.UU., en España, existe una gran controversia entre la enfermera comunitaria y la enfermera escolar.(18)

¿Es necesaria la implantación de una enfermera en los centros escolares? ¿Es suficiente la labor de los profesionales de Atención Primaria? Estas son una de las grandes cuestiones a las que nos enfrentamos. En nuestro país, esta figura todavía no se encuentra establecida en la enseñanza pública, excepto en algunas comunidades de forma puntual.

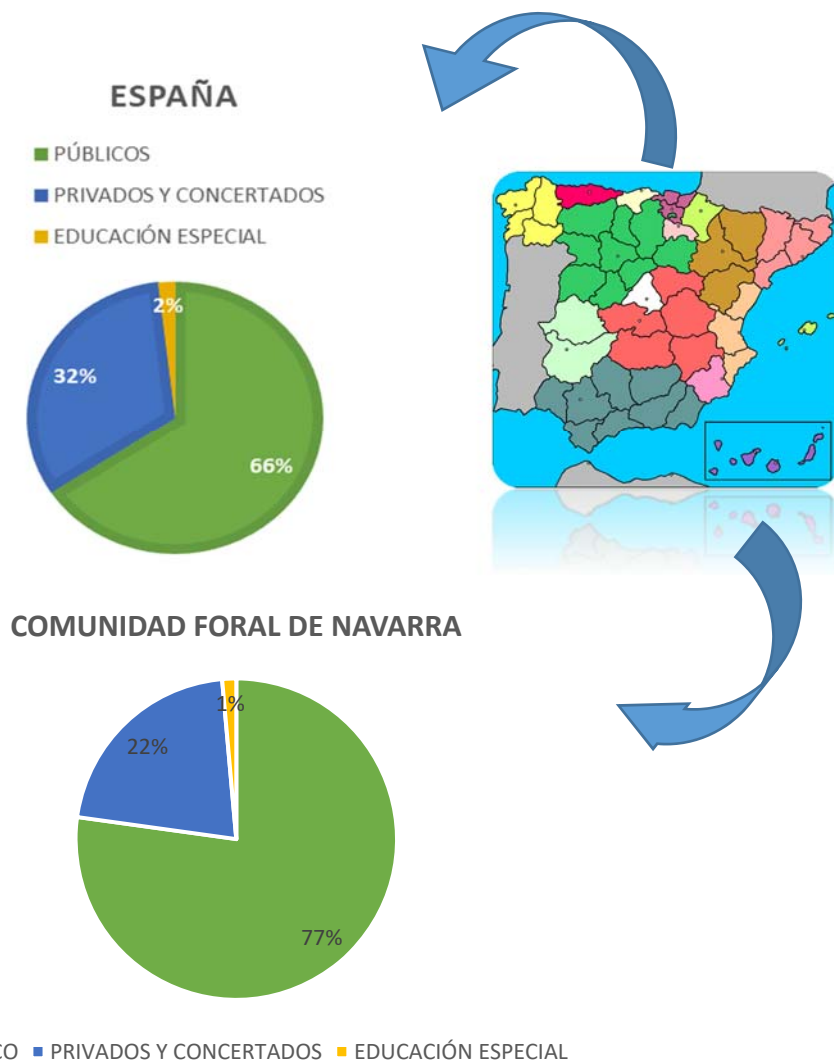


Gráfico 1 y 2: Número de colegios de educación infantil, primaria y bachillerato y formación profesional que hay en España y en La Comunidad Foral de Navarra.

Fuente: <https://www.educacion.gob.es/centros/selectaut.do> <https://creena.educacion.navarra.es/>

A día de hoy, España cuenta con un total de 28.625 colegios tanto públicos como privados. Tenemos alrededor de 8 millones de escolares, lo cual indica que el número de alumnos de media por colegio es de 285. Además, un porcentaje muy alto de los centros escolares, casi el 30%, son escuelas infantiles. Y es aquí, donde la labor de la enfermera se hace aún más necesaria e imprescindible. Ya que el 79% de las intervenciones de un profesional de enfermería dentro de un centro escolar, van dirigidos a alumnos de infantil y primaria.

(12)

Tabla 1. Número total de colegios en España y Navarra.

COLEGIOS	ESPAÑA	NAVARRA
PÚBLICOS	18.828	220
PRIVADOS Y CONCERTADOS	9.274	61
EDUCACIÓN ESPECIAL	523	4
TOTAL	28.625	285

Fuente: <https://www.educacion.gob.es/centros/selectaut.do>

Por otro lado, a nivel nacional contamos con 523 colegios de Educación Especial, los cuales están formados por un equipo de profesionales sanitarios, incluyendo al menos una enfermera escolar en cada uno de ellos. Todos estos colegios los compone un equipo de trabajo formados por profesionales sanitarios, donde al menos incluye un profesional de enfermería en todos ellos.(12)(27)

Así mismo, el Sindicato de Enfermería, SATSE, ha calculado cuál sería el gasto sanitario que supondría tener a un profesional de enfermería en los centros educativos, el cual ha resultado ser un coste totalmente minúsculo, ya que el valor estimado es de 16 a 20 euros por habitante al año. (28)

Actualmente no se encuentra registrada cuál es la cantidad exacta de enfermeras escolares existentes a nivel nacional. Sin embargo, lo que sí sabemos es, en qué dos comunidades autónomas se sitúa dicha figura más establecida e implementada: Madrid junto con el País Vasco son las comunidades con mayor número de enfermeras en los centros escolares. La comunidad de Madrid cuenta con más de 600 enfermeras escolares. No obstante, en comunidades como Cantabria, Galicia y las Islas Canarias, la figura de la enfermera escolar pasa muy desapercibida.(12)

En cualquier caso, la figura de la enfermera escolar en España solamente se establece con carácter legislativo en la comunidad de Madrid y Valencia. (12)

Tal y como se recoge en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM), el 1 de julio del 2014 en la Comunidad Autónoma de Madrid, se estableció la Orden 629/2014, la cual ordena que todos los colegios públicos de Madrid que cuenten con la presencia de alumnos que poseen algún tipo de necesidad de carácter permanente o continuado,

deberán disponer de un profesional especializado. (29) Así mismo, La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, en artículo 71 del capítulo I, *“Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo”*, establece que es responsabilidad de las Administraciones Educativas asegurar y facilitar los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades especiales que precisan de una atención educativa diferente a la ordinaria, *“alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en dicha Ley2”* (30)

En el caso de la Comunidad Valenciana, la LEY 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat sobre los Derechos de salud en el medio escolar, en el apartado 4 del artículo 10 establece que todos los centros de educación especial tendrán asignados profesionales de enfermería, que dependerán orgánicamente del departamento sanitario correspondiente. (30)

Dicho lo cual, podemos afirmar que en España, hoy por hoy la enfermería escolar no se encuentra establecida de forma regular y generalizada. Por lo tanto, son las enfermeras de atención primaria las que se encargan de cubrir su ausencia, y las que dedican parte de su tiempo a desarrollar programas de salud escolar. Pero, y ¿qué es mejor, una enfermera comunitaria o una enfermera escolar? hay quienes dicen están a favor y quienes están en contra. (31)

1.3.2 Posturas a favor y en contra

Por un lado, están los que aseguran que el papel que desempeñan las enfermeras comunitarias es suficiente para atender las demandas y necesidades de la población escolar. Por otro lado, otros profesionales de salud abogan que la figura de una enfermera en los colegios es fundamental e incuestionable. (31)(32)

En primer lugar, los que están en contra de la integración de una enfermera dentro del ámbito escolar, expresan que la figura de la enfermera escolar cobra sentido en aquellos países donde los sistemas sanitarios no poseen un régimen de atención adecuada a las necesidades de salud de la población escolar. No obstante, en nuestro país, sí que existe

un régimen estructurado en el que las enfermeras de atención primaria, acorde a la legislación actual, poseen las competencias necesarias para combatir estas demandas. Dicho lo cual, la función de enfermera escolar estaría suplantada por la enfermera comunitaria, es decir, serán las enfermeras de atención primaria las que de forma integral, integrada, continua y continuada sean responsables de la salud de la población escolar.(33)

Y en segundo lugar, el grupo que se encuentra a favor de la expansión y del afianzamiento la enfermería en el ámbito escolar de forma continua, defiende que para abordar todas las necesidades de salud de los escolares es imprescindible formar parte de ella, es decir, estar integrada en ella. Y en este sentido, atención primaria no es capaz de abordar todas las necesidades de salud que un centro escolar exige. Y el motivo o la razón principal es muy simple: por falta de tiempo, ya que la carga de trabajo es muy grande. (31)(21) Tal y como argumenta Campos Gutiérrez MS, “ *Un programa educativo debe ser desarrollado atendiendo a unas necesidades concretas y cada centro presenta unas demandas específicas, muchas de ellas motivadas por las diferentes características del alumnado (educación especial y ordinaria, colegio público o privado, etc.*” (32)

En esta disputa, tanto el personal docente como las familias mantienen una postura firme y sólida a favor de la figura de la enfermera escolar. (14)(13)

En un estudio realizado en la comunidad de La Rioja, sobre la percepción de los padres y del profesorado sobre las funciones y el rol que desempeña la enfermera escolar, el grupo docente de los centros educativos, consideran contraproducente no tener un profesional de la salud en los colegios, ya que en términos de salud aporta seguridad y calidad, y esto les produce cierta tranquilidad. Del mismo modo, añaden que los familiares por su parte también se sitúan a favor de la implantación de esta figura. Abogan que la presencia de un profesional de salud solo ofrece ventajas, tanto a nivel sanitario como social, y agradecen que atiendan las pequeñas urgencias y presten los primeros auxilios.(34)

Ante este debate político, social y sanitario, nace la necesidad de establecer una enfermera dentro del colegio para atender adecuadamente a la comunidad escolar, de manera continuada, programada y guiada.

1.3.3 Situación actual en Navarra

En Navarra, existe una comisión de atención integral a la infancia, en la que se encuentran involucrados los departamentos de Educación, Salud y Derechos Sociales. La coordinación de estos departamentos tiene como principales objetivos, favorecer y ayudar en la promoción y educación para la salud de los centros educativos. Y por otra parte, garantizar una atención integral de manera coherente. Partiendo de la definición de la OMS de la salud y con las líneas estratégicas del Plan de salud de Navarra 2014-2020.(35)

El plan de salud en infancia y adolescencia, protocoliza actividades de promoción de la salud dirigidas a los niños, adolescentes y a las familias, marcando la edad oportuna y la periodicidad de su realización. Mediante actividades preventivas o de detección precoz de los problemas de salud.(1)

Este programa se lleva a cabo en los centros de Atención primaria, mediante un equipo multidisciplinar, que está compuesto por pediatras, enfermeras y trabajadores sociales. (36)

Los instrumentos necesarios para abordar el problema y posteriormente realizar el consejo preventivo son: una historia clínica y una exploración física detallada. (36)

Líneas de acción principales:(1)

- Detección precoz del riesgo psicosocial, incluidos el abuso, el maltrato y el bullying.
- Programa de obesidad infantil y de la adolescencia
- Valoración sistemática de la nutrición y alimentación saludable, suficiente y adecuada. intervención en la infancia y en la adolescencia
- Detección precoz de los problemas emocionales, adaptativos conductuales y déficits de atención
- Detección precoz de adicciones con y sin sustancia en menores
- Consejo sistemático para la prevención de accidentes y lesiones en infancia y adolescencia y otros estilos de vida saludable (alimentación, ejercicio físico, salud sexual, salud mental, consumos...).

No obstante, el sindicato mayoritario en la enseñanza pública ANPE, junto al sindicato de enfermería SATSE, llevan demandando varios años la necesidad que hay de la instauración de la figura de una enfermera escolar en los centros educativos.(37)

Declaran que es primordial tener una enfermera en todos los centros escolares que tengan como función la prevención y promoción de estilos de vida saludables, así como la labor asistencial y atención sanitaria de los estudiantes. Además, en estos tiempos de pandemia se hace aún más visible la necesidad de la implantación de la enfermera escolar para favorecer la aplicación de medidas higiénicas y de seguridad sanitaria en las escuelas con el fin de disminuir la transmisión del virus.

Del mismo modo, el presidente de UPN y portavoz de NA+, Javier Esparza, es partidario de esta propuesta y reclama la figura de una enfermera en todos los centros escolares. *"La actual situación de pandemia por Covid-19 va a requerir reforzar todavía más dicha labor de prevención, identificación precoz y cuidados ante casos de sospecha de infección"(...) "Está consolidada en países como Reino Unido y Francia y viene siendo una reivindicación desde hace tiempo de los centros educativos, familias y profesionales sanitarios para fomentar labores de prevención, promoción de la salud, hábitos saludables, formación en autocuidado y seguimiento de cuidados en patologías crónicas".* (38)

A día de hoy, en Navarra la figura de la enfermería escolar está presente en dos colegios públicos de Educación Especial (Colegio de Educación Especial Andrés Muñoz y en Tudela el Colegio de Educación Especial Torre Monreal) y en tres centros concertados: Ikastola San Fermín, Maristas y San Cernin.

No obstante, el origen de esta iniciativa se remonta al año 1983, cuando en Pamplona se creó el primer servicio de salud escolar, con profesionales de medicina y enfermería escolar, donde estuvieron en activo desde el curso 83-84 hasta el curso 96-97. En esta época, el Servicio de Salud Escolar se hallaba inmerso en un proceso de redefinición de tareas condicionado por los cambios planteados, en el sector educativo: implantación de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) y desdoblamiento de la enseñanza obligatoria

en centros de Primaria y Secundaria. Y por otro lado, en la red sanitaria pública de Navarra hubo una ampliación progresiva de la cobertura de edad pediátrica en los centros de salud. (36)

El programa de Salud Escolar del ayuntamiento de Pamplona y en concreto en el curso 96-97, tenían establecidos 5 objetivos principales, y cada uno de ellos estaba acompañado de sus correspondientes actividades:(36)

1. Contribuir a la prevención control de enfermedades infecciosas.
2. Contribuir a la detección y tratamiento precoz de determinados problemas de salud entre escolares.
3. Procurar un medio ambiente escolar sano y seguro.
4. Garantizar las condiciones higiénico-sanitarias óptimas en los comedores escolares de los colegios de pamplona.
5. Procurar la coordinación funcional con la red de atención primaria, colaborar en programas docentes y continuar la formación científica y técnica del personal.

Tanto el departamento de sanidad como el departamento de educación tienen como prioridad la educación y la promoción de la salud en la población infantil, y en este sentido, la enfermería cobra protagonismo ya que su papel como agente de salud resulta primordial. Hoy en día, una enfermera está capacitada y dotada de numerosas competencias para llevar a cabo programas de educación para la salud (EpS). (39)

En este trabajo, voy a centrarme en los objetivos 3 y 4. Por una parte, porque considero que la alimentación en la edad escolar es vital para su desarrollo tanto físico como mental, y para ayudar a prevenir el desarrollo de futuras enfermedades en la edad adulta. Por otro lado, otra de las principales funciones de una enfermera escolar consiste en atender y formar a los escolares sobre primeros auxilios, para saber cómo prevenirlos y saber actuar de forma adecuada, evitando complicaciones en el caso de que ocurran.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Incorporar la figura de la enfermera escolar en los centros educativos con el fin de educar en hábitos de vida saludables y resaltar en la sociedad actual los beneficios para los alumnos y su salud de la integración de esta figura.

2.2 Objetivos secundarios

- Concienciar a los niños y niñas desde edades tempranas en la importancia de hábitos de vida saludables.
- Formar a los niños y niñas desde edades tempranas en la importancia de una dieta saludable.
- Implementar una asignatura sobre primeros auxilios dirigido al profesorado, alumnos y padres.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo, se ha hecho una revisión de la literatura bibliográfica existente acerca de la figura de la enfermera escolar y su labor en los centros educativos. Con ese fin, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas, así como páginas web de interés, como son la OMS (Organización Mundial de la Salud), AMECE (Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos), SCE3 (Sociedad Española de Enfermería Escolar), NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) y recursos en papel (libros, guías etc.).

Las bases de datos consultadas han sido las siguientes:

- Sirius
- Mendeley
- Cinahl
- Pubmed
- Cochrane
- Dialnet
- SciELO

3.1 Estrategia de búsqueda

Las palabras clave para hacer la búsqueda bibliográfica han sido:

- En castellano:

Enfermera del colegio, promoción de la salud, salud escolar, obesidad infantil, primeros auxilios y sus combinaciones.

- En inglés:

School nurse, health promotion, school health, childhood obesity, first aid and their combinations.

Para acotar la búsqueda, he utilizado los operadores booleanos: "and" "or" "*"

Por otro lado, en todos los artículos que he seleccionado, con el fin de delimitar la búsqueda, los límites utilizados han sido los siguientes:

- Artículos escritos en el idioma español o inglés
- Año de publicación: últimos 10 años
- Texto completo

Así mismo, muchos de los artículos utilizados para la elaboración del trabajo, se han seleccionado mediante la estrategia bola de nieve o Snowball. De este modo, en la bibliografía de los artículos que estaba leyendo, pude encontrar otros artículos de interés con el tema relacionado.

En este proceso de selección de artículos he usado también el gestor bibliográfico Mendeley, el cual me ha ayudado a organizar y reunir la documentación seleccionada y además, me ha servido para la inserción de las citas.

Para referenciar los artículos seleccionados el estilo bibliográfico utilizado ha sido Vancouver.

3.2 Criterios de búsqueda

- "Enfermer* de colegio"
- "Enfermera escolar" AND NOT (mayores or personas mayores or ancianos or older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65 or 65+) AND "promoción de la salud"
- "School nursing" OR "School nurses"
- "Enfermería comunitaria" AND "escuela"
- "Enfermera escolar" OR "School nurse" OR "School health"
- "Obesidad infantil" AND "promoción de la salud"
- "Primeros auxilios" OR "enfermería escolar"

3.3 Diagrama de flujo

Para entender mejor cuál ha sido el método de búsqueda que he llevado a cabo, y el proceso de selección de los documentos informativos, he utilizado un diagrama de flujo tal y como se plantea en Figura 3.

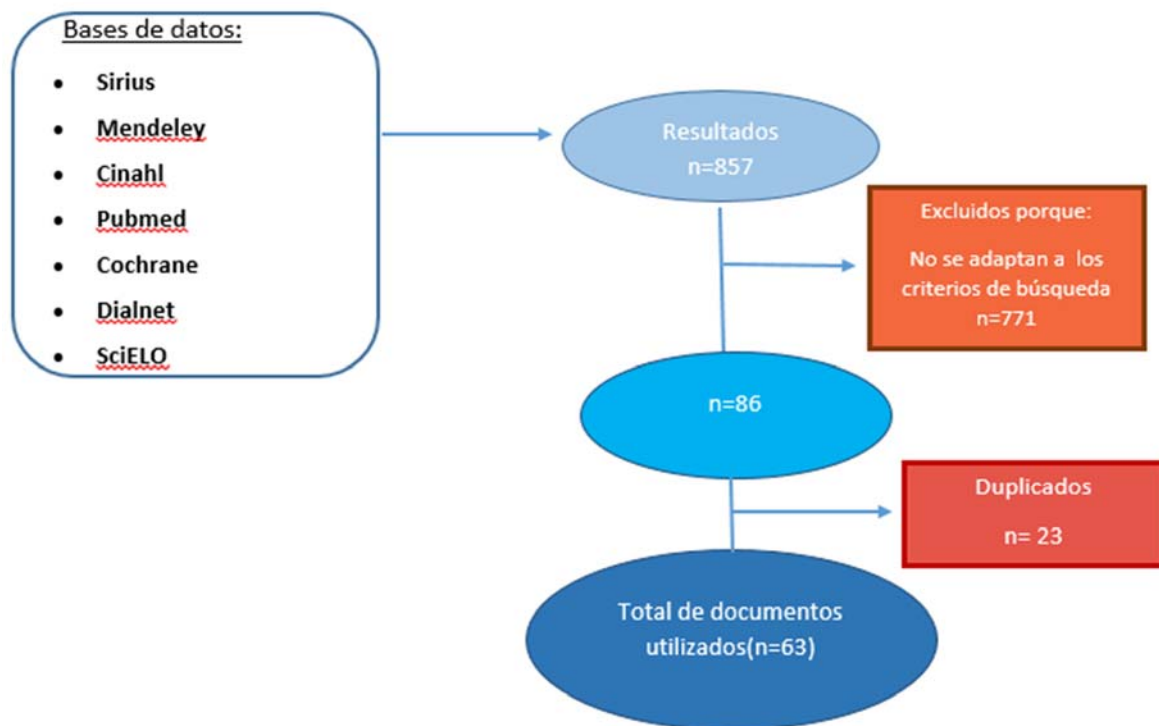


Figura 3. Diagrama de flujo de los documentos utilizados para la elaboración del trabajo.

3.3 Cronograma temporal

De acuerdo al proceso participativo explicado anteriormente, se estableció el siguiente orden temporal para la elaboración del presente trabajo: En una primera etapa, en septiembre, fue cuando hice la elección del tema. Después, entre octubre y diciembre me dediqué a revisar diferentes artículos en las bases de datos mencionadas anteriormente. Más adelante, en los meses de enero y febrero, después de haber seleccionado aquellos artículos que más cumplían los criterios de inclusión, empecé a redactar el trabajo. Finalmente, en abril finalicé el trabajo.

	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Elección del tema								
Revisión de artículos								
Selección de artículos								
Comienzo del trabajo								
Fin del trabajo								
Exposición								

4. RESULTADOS

4.1 Primeros auxilios

4.1.1 Marco teórico

Para empezar, conviene saber qué significado tiene la palabra “primeros auxilios”.

Según el Manual de Primeros Auxilios de Cruz Roja Española, define los primeros auxilios como la prestación de los primeros cuidados a un accidentado o enfermo repentino en el lugar de los hechos hasta la llegada del personal especializado que complete la asistencia.(40)

Por lo tanto, los primeros auxilios son las acciones iniciales que se llevan a cabo en un primer momento dirigidas a la persona accidentada o que ha sufrido una enfermedad de forma repentina, hasta la aparición de los profesionales especializados, con el objetivo de ayudar y asistir y contribuir en su recuperación. (41)

De la misma forma, el Manual “RCP básica y Primeros Auxilios” publicado por la editorial Vértice en 2012, se definen los primeros auxilios como *“la asistencia, medidas, actuaciones o tratamientos iniciales que realiza el auxiliador a un herido o a quien sufre una enfermedad repentina, en el mismo lugar donde ha ocurrido el suceso, con material normalmente improvisado, hasta la llegada del personal sanitario”*. (42)

Finalmente, a nivel internacional, encontramos definiciones como las que indica el Ministerio de Sanidad de Argentina en el que los define como: *“medidas inmediatas que se toman en una persona lesionada, inconsciente o súbitamente enferma, en el sitio donde ha ocurrido el incidente (escena) y hasta la llegada de la asistencia sanitaria (servicio de emergencia) ”*. (43)

4.1.2 Contexto

Cuando hablamos de accidentes o lesiones no intencionadas nos referimos prácticamente a lo mismo. No obstante, en las últimas revisiones se puede observar como el término accidente está siendo sustituido por lesión no intencionada, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando hablamos de accidente pensamos que en él intervienen acciones o factores que no podemos evitar y por lo tanto, no los podemos prevenir. Por eso, es preferible utilizar el término lesiones no intencionadas, puesto que

los elementos que forman parte de ese suceso, en muchas ocasiones, son modificables y de esta manera, prevenible (9) La Dra. María Jesús Esparza Olcina y grupo PrevInfad (Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico) aseguran que “ la mortalidad y morbilidad por accidentes es, por definición, siempre prevenible”. (44)

La asociación Española de Pediatría alega que en Europa la principal causa de mortalidad entre la población infantil es debida a las lesiones no intencionadas o a los accidentes. Cada año alrededor de 100.000 niños y jóvenes se ven afectados por éstas. Las lesiones, según la OMS, se podría definir como “el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno”. (10)

Tal y como aparece en el estudio de Detección de Accidentes domésticos y de Ocio (DADO), “un total de 458.635 niños (17,8 %) del total de los accidentes que se producen (excluyendo los de tráfico) los sufren niños con edades comprendidas entre 0 y 14 años. ” La European Child Safety Alliance manifiesta que en la Unión Europea hay más fallecimientos en la población infantil debida a las lesiones, que por el total de todas las enfermedades infantiles. (45)

Dicho lo cual, es innegable reconocer que las lesiones no intencionadas pueden considerarse otra de las grandes epidemias del siglo XXI. (9)

4.1.3 Causas y consecuencias de las lesiones no intencionadas

Principales causas de accidentes infantiles(9)(44):

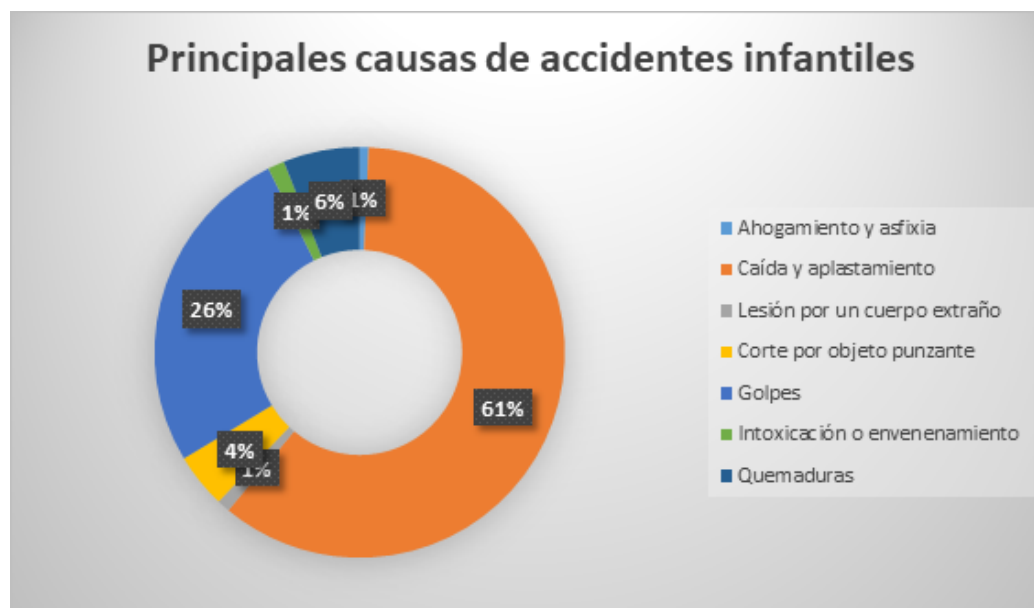


Gráfico 3: Principales causas de accidentes infantiles.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos a partir del estudio: "Accidentes de la población infantil española elaborado por la Fundación Mapfre.

Consecuencias del accidente (9)(44):

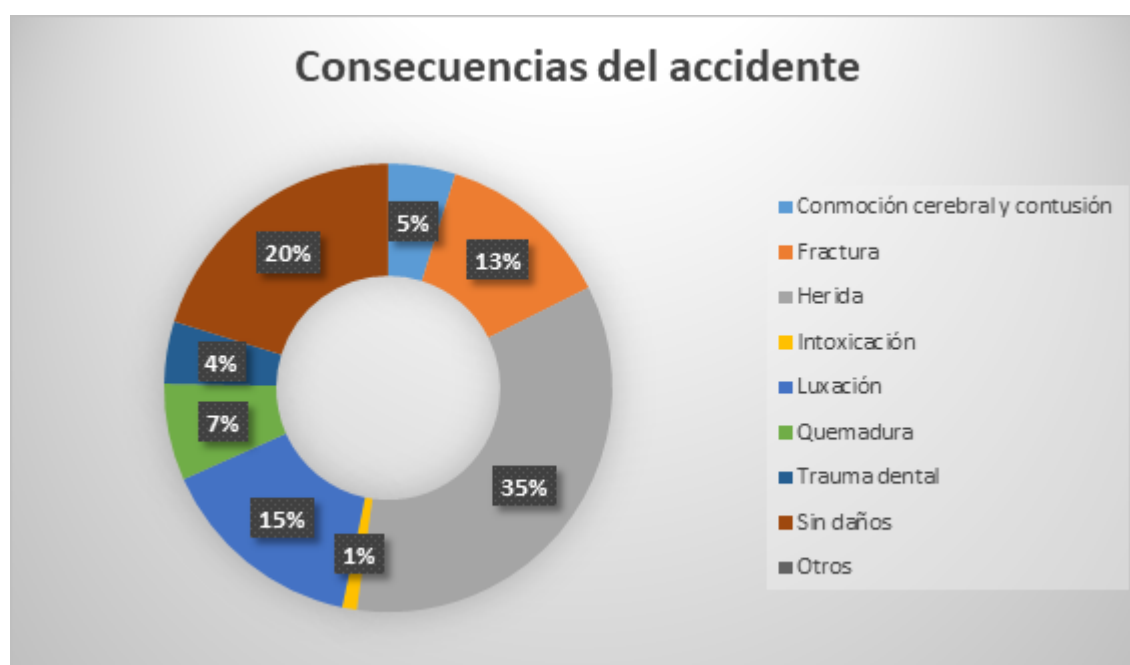


Gráfico 4: Principales consecuencias de los accidentes infantiles.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos a partir del estudio "Accidentes de la población infantil española elaborado por la Fundación Mapfre.

4.1.4 Justificación

Atendiendo a las estadísticas de un estudio sobre accidentes infantiles llevado a cabo por la Junta de Andalucía, estas lesiones se producen con mayor frecuencia cuando los niños se encuentran en las escuelas (44,6%). (11) Además, según un estudio realizado por la AEP (Asociación Española de Pediatría), el 15,6% de los niños, en el momento del suceso se encontraban sin la compañía de un adulto. (45)

Por otro lado, D. Guillén Martínez asegura que el conocimiento de los alumnos sobre primeros auxilios es muy pobre y escasa. En el estudio que llevó a cabo, se puede observar cómo un 95,2% de los alumnos no era capaz de actuar de forma idónea ante una urgencia. Y el 69,3 % no tenía conocimiento en la práctica de una RCP básica. (25) No obstante, tras la intervención y la educación en primeros auxilios por parte de enfermería, el conocimiento de los escolares aumentó de manera considerable.

Sin embargo, la intervención por parte de enfermería tuvo un resultado fascinante, ya que después del programa educativo, el conocimiento de los escolares sobre primeros auxilios aumentó exponencialmente, notablemente, considerablemente. Antes del programa, solamente el 30,7% del alumnado era capaz de realizar la RCP de manera correcta. Mientras que al final de la intervención, este porcentaje se disparó hasta un 91,6%; lo que pone de manifiesto que casi todos los alumnos que habían participado en el programa, eran capaces de intervenir en una urgencia de este índole. (25)

Al igual que los alumnos, los profesores tampoco están capacitados para resolver este tipo de situaciones. Díaz Rodríguez H. y Arias Fernández MM., en su estudio pudieron comprobar como la capacidad de actuación del personal docente ante diferentes accidentes dentro de los centros escolares era muy escasa, nula, pobre. Del mismo modo, casi el 65% opinaron que era necesaria e imprescindible contar con la ayuda de este profesional sanitario dentro de la escuela. (13)

A su vez, la enfermedad cardiovascular es considerada una de las principales causas de muerte en el mundo. (46) Casi 18 millones de habitantes mueren cada año a causa de enfermedades relacionadas con el corazón. Los datos apuntan a que de aquí a 2030, alrededor de 23,6 millones de habitantes fallecerán debido a alguna enfermedad cardiovascular, mayoritariamente por ACVs (accidente cerebrovascular) y cardiopatías. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada dos segundos muere una persona

por una enfermedad cardiovascular y cada cinco segundos se produce un Infarto Agudo de Miocardio (IAM). (46) (47)

En España cada año mueren más de 25.000 personas a causa de un infarto de miocardio, de las cuales un porcentaje muy alto lo padece en la calle en presencia de otras personas. En estos casos, 9 de cada 10 personas mueren, y a ese 10 % que sobrevive le queda alguna secuela neurológica. Varios estudios han demostrado que el porcentaje de muertes disminuiría considerablemente si en el momento del suceso se iniciaran las maniobras de reanimación cardiopulmonar. (42)

En varios países de Europa, como es el caso de Dinamarca, Noruega, Francia, Reino Unido y España, la enseñanza de la RCP-B (Reanimación Cardiopulmonar Básica) forma parte del currículo escolar. No obstante, en la práctica, no está no es habitual dicha formación. (48)

En Europa, la RCP-B está incluida en el currículo escolar en Noruega, Dinamarca, Francia, Reino Unido y España. Aunque la Ley de Educación española incluye protocolos básicos de primeros auxilios en Educación Física de 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la práctica no está estandarizada la formación en RCP-B.(48)

Por otro lado, más de la mitad de los accidentes infantiles (57,2%) tienen lugar en los colegios y en zonas de la vía pública. (44) Por lo que es habitual que el niño o niña que ha sufrido una lesión sea atendido en la mayor parte de las ocasiones por sus compañeros o por el profesorado. (42)

R. Azeredo y S. Stephens-Stidham tras implantar un programa de prevención de lesiones en una escuela de Muscogee, con el fin de fomentar una cultura de seguridad y aumentar el conocimiento de los escolares sobre las lesiones, los resultados que obtuvieron fueron realmente satisfactorios. Pudieron comprobar cómo mediante la enseñanza de técnicas de seguridad, fueron capaces de concienciar a los alumnos sobre la importancia que tienen las técnicas de prevención y de esta forma, los alumnos adquirieron hábitos que antes no tenían, como por ejemplo ponerse el cinturón en el coche o llevar el casco mientras montaban en bicicleta. (49)

Dicho lo cual, se ha observado, que tanto los alumnos como el profesorado reconocen que es esencial la enseñanza en este tipo de técnicas y sí que creen en la necesidad de la implantación de un programa sobre conceptos básicos en primeros auxilios en los centros escolares. En un proyecto de investigación llevado a cabo por Gómez Sanabria et al., el 92,9% del profesorado considera una buena opción la posible implantación de un curso de formación sobre primeros auxilios. Además, la mayoría (82,1%) creen y sostienen que la persona dotada y recomendada, para impartir estos cursos debería ser un profesional sanitario. (42)

4.2 Obesidad infantil

4.2.1 Contexto

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta la sociedad actual, es luchar contra una de las epidemias más graves del siglo XXI, que es: la obesidad infantil. El aumento de esta enfermedad a nivel global está alcanzando cifras aterradoras, lo cual supone un problema grave que requiere encararlo de forma urgentemente. (50) Esta enfermedad está presente en todos los países y afecta a cualquier edad y grupo étnico. (51)

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo, la cual constituye un riesgo para la salud.(50)

La realidad es que en las últimas décadas, tanto en nuestro país como en los demás países de Europa, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la etapa escolar ha aumentado considerablemente, en los últimos 40 años la tasa de obesidad en los niños y adolescentes se ha multiplicado por 10. (52) Tal y cómo manifiesta la OMS, España posee uno de los porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad, siendo uno de los países de la UE con mayor prevalencia, ya que el 56% de los adultos y el 40% de los niños y adolescentes padece obesidad. En los últimos 40 años, la incidencia de niños y jóvenes que sufren esta enfermedad, en edades comprendidas entre los 5 y los 19 años, se ha multiplicado por 10 en todo el mundo. Por lo tanto, considerando las conclusiones que se obtuvieron de un nuevo estudio llevadas a cabo por el Imperial College de Londres y la Organización Mundial de la Salud (OMS), si seguimos en esta dirección, el año que viene, en el

2022, nos encontraremos con una población infantil y adolescente con más problemas de obesidad que de insuficiencia ponderal moderada o grave. (53)

Se ha calculado que aproximadamente el 10% de los jóvenes en edad escolar (entre 5 y 17 años) del mundo, tiene exceso de grasa corporal y una cuarta parte de ellos son obesos. (42)

Del mismo modo, En España en el año 2003, uno de cada cuatro niños y niñas y dos de cada cuatro adultos padecían exceso de peso, ya fuera obesidad o sobrepeso.(índice de masa corporal fuera de sus valores normales.)(5) Así mismo, en 2018, el 18,29% de la población infantil (de 2 a 17 años) sufría sobrepeso, mientras que el 10,3 % tenían problemas de obesidad. (43)

En el estudio ALADINO 2019, han concluido que 4 de cada 10 de los niños analizados presenta exceso de peso, es decir, el 40,6%. De este porcentaje, el 23,3 % se corresponde con sobrepeso y el 17,3 % con obesidad. (5)

De acuerdo con los datos que nos muestra la OMS, el porcentaje de lactantes y niños pequeños, de 0-5 años, que sufren obesidad y sobrepeso, ha aumentado 9 millones en los últimos 30 años, es decir, ha pasado de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016. Siguiendo esta inclinación, para el año 2025 el porcentaje de sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se elevará a los 70 millones. Como consiguiente, si no intervenimos desde los primeros años de vida, todos estos niños cuando lleguen a la edad adulta seguirán teniendo problemas con su peso corporal y arrastrarán todas las consecuencias que conlleva el padecer sobrepeso u obesidad. Las consecuencias que tiene tener sobrepeso u obesidad son inmensas. (56) Varios estudios han demostrado que sí existe relación entre el tener obesidad en la infancia y la morbilidad en la edad adulta.(57) Así mismo, han subrayado que la principal medida para hacer frente a esta situación es la prevención.

El sobrepeso y la obesidad constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas, como son: diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, trastornos musculoesqueléticos, diferentes tipos de cáncer y trastornos psicológicos, como la depresión. Además se ha podido ver como existe una relación entre el aumento del índice de Masa Corporal (IMC) y la mortalidad. Ya que

se ha visto que la tasa de mortalidad prematura es el doble en comparación con las personas de peso normal. Se estima que cada año mueren casi 3 millones de habitantes por culpa del sobrepeso o la obesidad. (56)(58)

Si sufres sobrepeso u obesidad en la niñez, estos efectos negativos persistirán cuando alcances la madurez. Ya que los niños que padecen obesidad tienen más probabilidad de ser obesos en la edad adulta. (57)

Ya en el año 2001, en un estudio realizado por la European Community Household Panel de EUROSTAT, se podía ver como la epidemia de la obesidad, en adultos entre 15 y 75 años, estaba creciendo a pasos agigantados. En un periodo de solo 4 años el porcentaje de obesidad en todos los países había aumentado un 8,5%, 10% para las mujeres y 8,5% para los hombres en España. Todos estos resultados, ponen de manifiesto los motivos de preocupación que ya teníamos. (59)

No obstante, los últimos datos obtenidos del Instituto de Estadística Nacional (INE) nos muestra una tendencia que sigue una línea positiva, ya que a medida que se hacen mayores la cantidad de niños que sufren obesidad disminuye. De 2 a 4 años el porcentaje de niños obesos es de un 19,94%; mientras que a los 15 años esos valores descienden notablemente a un 3,24%.(Tabla 2). Eso sí, los valores de sobrepeso se mantienen más estables, de 5 a 9 años 20,53% y de 15 a 17 15,43%. (55)

Tabla 2. Índice de masa corporal en la población infantil de 2 a 17 años según sexo y grupo de edad. Año 2017.

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
AMBOS SEXOS			
Total	58,13	18,26	10,30
De 2 a 4 años	45,03	11,97	19,94
De 5 a 9 años	49,32	20,53	15,96
De 10 a 14 años	64,67	21,35	4,69
De 15 a 17 años	70,90	15,43	3,24
HOMBRES			
Total	58,64	18,31	10,40
De 2 a 4 años	46,44	11,93	19,53
De 5 a 9 años	53,32	18,06	15,34
De 10 a 14 años	63,25	22,91	5,21
De 15 a 17 años	68,56	16,95	4,15
MUJERES			
Total	57,59	18,21	10,20
De 2 a 4 años	43,50	12,01	20,38
De 5 a 9 años	45,10	23,13	16,60
De 10 a 14 años	66,16	19,72	4,14
De 15 a 17 años	73,49	13,76	2,23

Fuente: INE. Índice de masa corporal población infantil según sexo y país de nacimiento. Población de 2 a 17 años. Instituto Nacional de Estadística.

A su vez, este problema de salud pública, también tiene un enorme impacto en la economía de nuestros países. Tal y como he mencionado anteriormente, esta gran epidemia provoca numerosos e importantes efectos sobre la salud, y esto a largo plazo genera un gasto sanitario inmenso. Según un estudio de la OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), el sobrepeso figura el 9,7% del gasto sanitario; y disminuye la producción de mercado de trabajo en una cuantía equivalente a 479 000 trabajadores a tiempo completo por año. Esto quiere decir que el sobrepeso es responsable de que el PIB español se reduzca a casi un 3%. Con el fin de cubrir esos costes, cada habitante en España tiene que pagar 265 euros más de impuestos anuales. (56)

4.2.2 Navarra a nivel nacional

En **Navarra**, en un estudio realizado entre el año 2006 y 2015 sobre las tendencias del sobrepeso y la obesidad en los niños de 2 a 14 años por el Instituto de Salud pública, concluyó que pese a que Navarra sigue teniendo valores más altos de exceso de peso de la población escolar en comparación con otros países europeos, los últimos datos obtenidos del estudio manifiestan un descenso importante de la prevalencia en comparación con los primeros años de estudio(2006-2007), donde podemos ver que este descenso es muy significativo, entre los niños y niñas de 7 años. (60)

El estudio HBSC-2018 (Health behaviour in school-aged children) nos muestra un resumen de la selección de los datos más relevantes sobre estilos de vida que pudieron obtener a través de la encuesta que realizaron a niños y niñas de entre 11 y 18 años de 511 centros escolares, tanto a nivel nacional, como por comunidad autónoma. De este modo, podemos ver como se encuentra Navarra en comparación con el resto de España.(61) (62)

En España, en el año 2018, el porcentaje de niños y niñas que padecía sobrepeso u obesidad era de un 17,5%. Así mismo, aún con un ligero ascenso de casos de obesidad, podemos ver como esta tendencia se mantiene bastante estable en estos últimos 10 años. (62). Sin embargo, en el caso de Navarra, el porcentaje de niños y niñas con sobrepeso u obesidad es de un 15,7%, casi un 2% menos que a nivel nacional.(61) En líneas generales,

los varones tienen un mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad que las mujeres, un 20,5% respecto a un 14,5%.(62)

Por otro lado, respecto al consumo de frutas y verduras, podemos observar como el 34,7% de escolares consume fruta a diario, y el 29,6% consume verduras y vegetales 2-4 días por semana. En Navarra, tenemos cifras más elevadas, ya que el consumo de frutas es de un 37,2% y el 36,1% consume verduras y vegetales 2-4 días por semana.

Si analizamos el consumo de dulces y refrescos y bebidas azucaradas, el estudio nos muestra como a nivel nacional el porcentaje es mayor que en la comunidad autónoma. En España, el 15,2% de los escolares entre 11-18 años, come dulces a diario y el 24,6% consume refrescos y bebidas azucaradas. No obstante, en Navarra, estos valores se encuentran por debajo (9,9% y 16,4%).

En cuanto al desayuno, los porcentajes son similares. En Navarra, el 58,7% de los niños y niñas desayunan a diario y en España el 54,9%. Si examinamos la relación que existe con el nivel socioeconómico de la familia, podemos observar como en España, las familias con un menor índice de capacidad adquisitiva, desayunan a diario con menos frecuencia que los escolares de mayor nivel adquisitivo. En el año 2018, se registraron 11,8 puntos porcentuales de diferencia entre las familias de estatus socioeconómico alto y las familias de estatus-socioeconómico bajo.

Además, otros datos a destacar son la frecuencia con la que desayunan y cenan los hijos e hijas acompañados de sus padres y madres. Según los datos del estudio realizado por HBSC-2014 en la Comunidad Foral de Navarra de 11 a 18 años, el 37,5% de los escolares nunca o menos de una vez por semana, desayunan acompañado de sus padres. Los niños que pertenecen a familias de baja capacidad adquisitiva los valores se disparan hasta alcanzar el 45,5%. Es decir, casi la mitad de los niños entre 11-18 años de familias con un índice de capacidad adquisitiva bajo nunca o menos de una vez por semana desayunan. Sin embargo, a la hora de cenar, el 57,6% de los niños sí que cenan junto a sus padres y madres.(61)(62)

Por otro parte, en España el 34,8% de los escolares practican ejercicio físico al menos 4 días por semana, fuera de las horas lectivas. En Navarra, este porcentaje es de un 36,5%.

Por último, las horas que dedican los niños y niñas a dormir son de entre 7-9 horas, tanto a nivel nacional como local.

A continuación, podemos observar mediante los gráficos (gráfico 5 y gráfico 6) de forma breve y detallada todos los datos expuestos.

Gráficos comparativos entre España y Navarra.

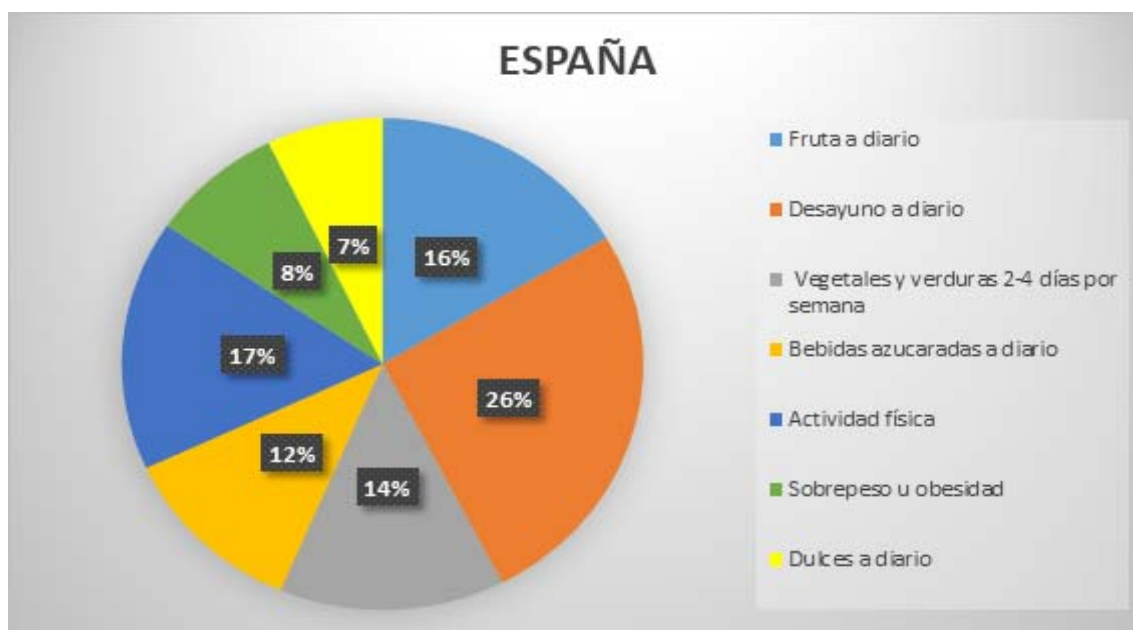


Gráfico 5: Porcentaje de sobrepeso y obesidad, hábitos dietéticos y actividad física en España.

Fuente: Datos obtenidos a través del estudio HBSC-2018, estilos de vida en ESPAÑA(62)

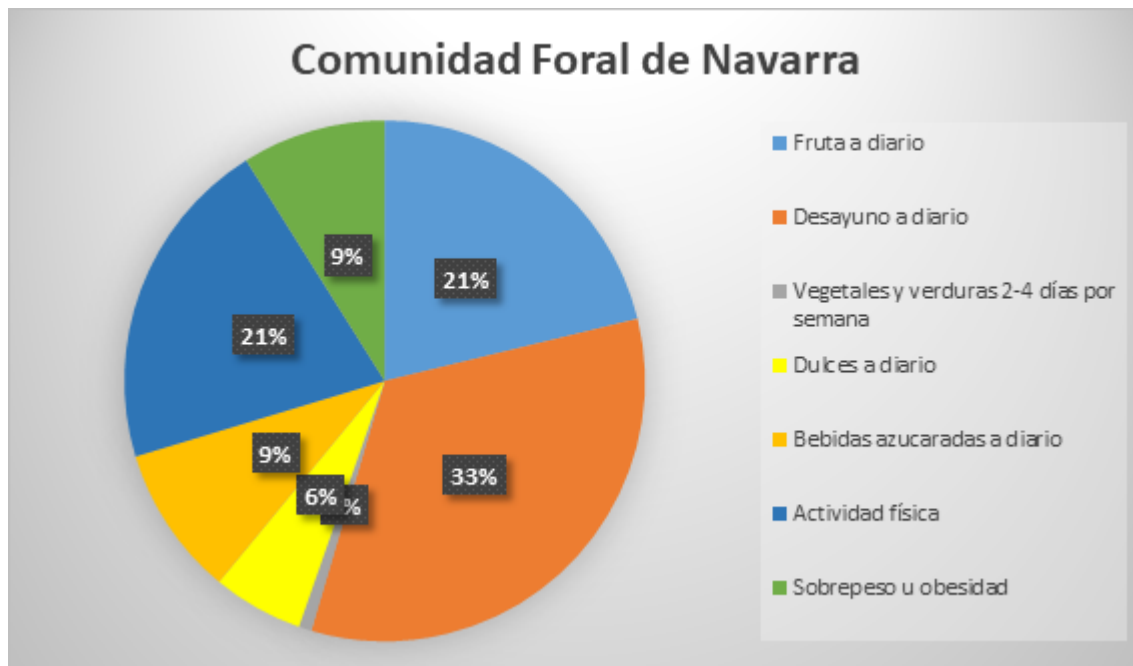


Gráfico 6: Porcentaje de sobrepeso y obesidad, hábitos dietéticos y actividad física en La Comunidad Foral de Navarra-.

Fuente: Datos obtenidos a través del estudio HBSC-2018, estilos de vida en La Comunidad Foral de Navarra.(61)

Tal y como argumentan Rodríguez et al., la obesidad infantil ha aumentado de forma considerable en los países desarrollados debido a cambios en el estilo de vida, donde los hábitos más sedentarios y las inadecuadas dietas se anteponen a estilos de vida saludables. Se estima que aproximadamente el 10% de los niños en edad escolar del mundo tienen exceso de grasa corporal y, con ello, un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades crónicas. (63)

Diversos estudios realizados afirman que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Se ha demostrado que el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.(63)(64)

4.2.3 Relación entre la pobreza y el sobrepeso y la obesidad

No obstante, varios estudios han demostrado que existe una correlación entre la obesidad y el nivel socioeconómico de los escolares. Ya que los niños que viven en familias donde los niveles de estudios son más bajos y existe un menor nivel de ingresos, tienen más casos de obesidad. En el análisis de estudio ALADINO 2019, se puede ver cómo en función de los ingresos familiares, el porcentaje de niños y niñas con obesidad aumenta a medida que disminuyen los ingresos familiares. En las familias con rentas inferiores a 18.000 euros brutos al año, el porcentaje de obesidad llega prácticamente a duplicarse con relación a la que se constata en ingresos más altos (familias con rentas superiores a 30.000 euros brutos al año). (5)

Si los comparamos, nos encontramos con un 18,5% frente a un 10,7%. Por otro lado, en el estudio HBSC-2018 (Health behaviour in school-aged children), también constataron dicha relación entre el estatus socioeconómico y la predisposición a padecer problemas con el peso (Gráfico 7). Ya que las familias con una capacidad adquisitiva menor poseen mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad. (61)(62)

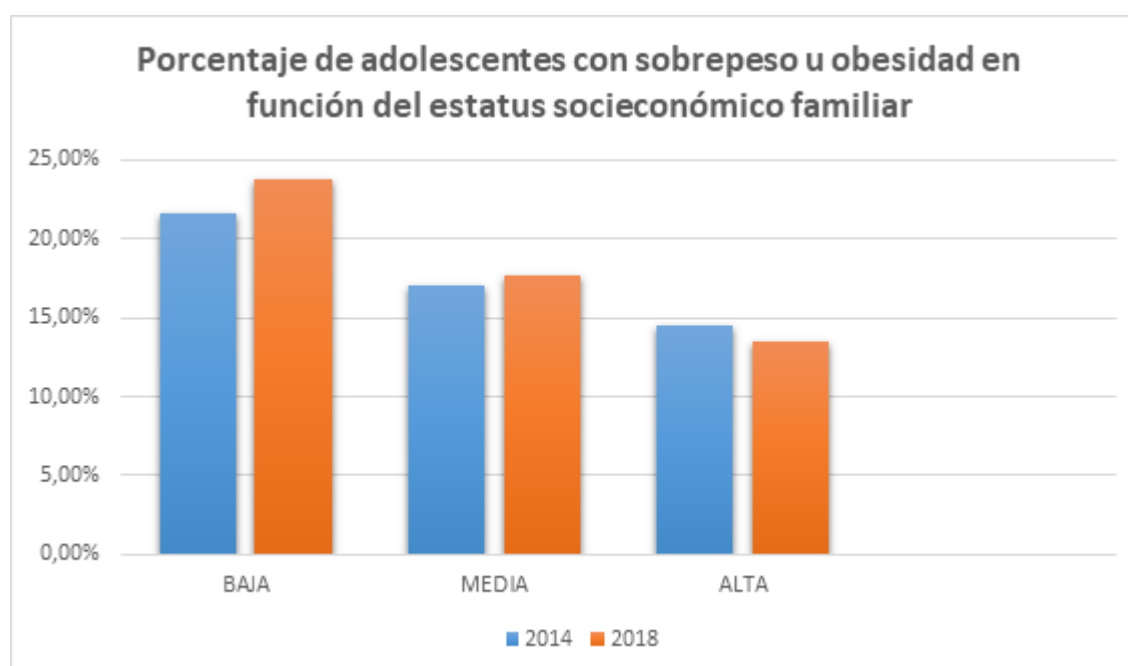


Gráfico 7. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad en función del estatus socioeconómico familiar.

Fuente: Datos obtenidos a través del estudio HBSC-2018. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad en el año 2014 y 2018, en función del estatus socioeconómico familiar. (62)

4.2.4 Causas de la obesidad infantil

Las causas de esta epidemia se investigan de manera continua e intensiva. La obesidad infantil, si bien puede estar motivada por una enfermedad genética endocrina, el 99% de los casos en los que se sufre esta enfermedad es debido a la combinación de una serie de factores: GENÉTICOS, AMBIENTALES, PSICOLÓGICOS

Por un lado, tenemos los factores **genéticos**. Cuando hablamos de factores genéticos nos referimos a la relación que puede existir entre la genética de los padres y la del hijo, es decir, si los padres padecen obesidad, ¿el niño tiene más probabilidades de sufrir obesidad? Los estudios demuestran que uno de los mecanismos más frecuentes que predisponen a que el niño desarrolle problemas de obesidad se encuentra en las vías que regulan el hambre y el gasto calórico. Sin embargo, a día de hoy no tenemos una variante genética que podamos asociarla de forma consistente con el riesgo de sufrir obesidad. (53)

Aunque los factores hereditarios son importantes, el genoma humano no ha cambiado, en tan poco espacio de tiempo. De ahí que los factores ambientales o del entorno jueguen un papel primordial en el desarrollo de esta epidemia mundial de obesidad, creando el llamado “ambiente obesogénico”, caracterizado por una mala alimentación y sedentarismo. Por ello, las principales causas del aumento de la obesidad infantil se atribuyen a un mayor consumo de alimentos hipercalóricos y a una menor actividad física. Además, en estos últimos años, el uso de las tecnologías en estas edades ha aumentado de manera exponencial, alcanzando unos valores alarmantes. (53)(65)

En España, casi la totalidad de los hogares, el 99,5%, dispone de un teléfono (móvil o fijo). El 95,3% de los hogares españoles tiene acceso a internet, frente al 91,3% del año 2019, por lo que la tendencia del uso de las TICs va aumentando notablemente, tal y como podemos observar en el gráfico. (66)

Equipamiento TIC en los hogares
Porcentaje de hogares con algún miembro de 16 a 74 años

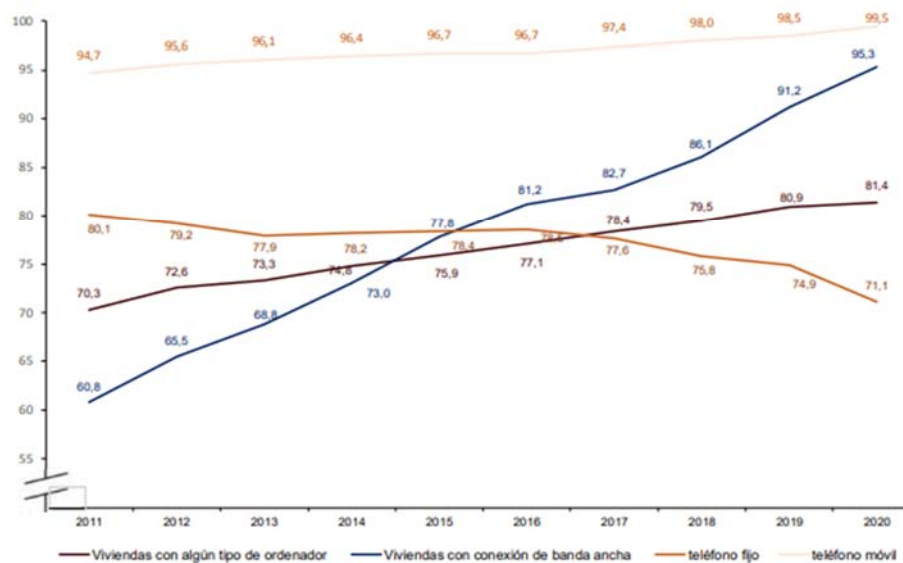


Gráfico 8. Manejo de TIC de los hogares españoles. Año 2020.

Fuente: INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2020. 2020;0(1):1-14.

La utilización de las nuevas tecnologías por parte de los menores sigue en aumento. Según datos del INE, tal y como aparece en la tabla 3, en el año 2020, tanto el uso de los ordenadores, como el uso de internet seguían teniendo cifras muy elevadas. En el año 2019, el 89,7% de los menores de entre 10 y 15 años hacía uso del ordenador y casi el 93% navegaba en internet. No obstante, en el 2020, el uso de los ordenadores aumentó 1,8% más y el uso de internet 1,6% más respecto al año 2019. A su vez, el 69,5% de los niños y niñas de 10 a 15 años poseen teléfono móvil, 3,5% más que en el 2019. Por último, el uso de las nuevas tecnologías es mayor a medida que los niños y niñas cumplen años.(66)

Tabla 3. Utilización de TIC en el año 2020. Porcentaje de población en menores de 10 a 15 años.

	Usuarios de ordenador en los últimos tres meses	Usuarios de internet en los últimos tres meses	Disposición de móvil en los últimos tres meses
TOTAL	91,5	94,5	69,5
Por sexo			
Hombres	90,8	93,4	67,8
Mujeres	92,3	95,7	71,3
Por edad			
10 años	81,5	86,7	22,1
11 años	88,9	92,4	41,4
12 años	91,5	92,8	68,8
13 años	93,4	95,9	88,1
14 años	95,9	99,1	92,8
15 años	96,3	99,2	95,7

Fuente: INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares Año 2020. 2020;0(1):1–14.

Por otro lado, España ha experimentado lo que se denomina una “transición nutricional”. Se trata de una secuencia de modificaciones en la alimentación, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y factores de salud.(67)

El consumo de carne y productos cárnicos, así como el de la leche y derivados ha crecido de forma rápida, produciendo un incremento de hasta más del doble de grasas de animales. Al mismo tiempo se ha incrementado drásticamente el consumo de productos de elevada elaboración industrial, como los destinados a aperitivos, postres, alimentos pre-cocinados o listos para servir, bollería y pastelería. (58) Estos productos aportan una gran cantidad de calorías, pero son calorías de poca calidad nutricional. Además, originan un mayor aporte de sal, grasas saturadas y azúcares. En sentido inverso, productos tradicionales en la dieta, como el pan, el arroz, las legumbres, las patatas, etc., se están consumiendo paulatinamente menos. Estos cambios alimentarios se combinan con cambios de conductas que suponen una reducción de la actividad física. En España, las cifras del Eurobarómetro 2009 muestran que la práctica de la actividad física y deportiva se encuentra por debajo de la media europea y con un elevado índice de sedentarismo, siendo uno de los países europeos con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil con un 26.3% en edades entre 2 y 24 años (68).

El abuso de dulces, bebidas azucaradas (coca cola, fanta de naranja, batidos zumos) y el exceso de grasas saturadas conduce a un incremento de la glucemia postpandrial, la cual modifica la regulación del apetito.(69)

Tal y como señalan en el estudio “The Heavy Burden of Obesity”, mediante una reducción de aproximadamente el 20% en el consumo de alimentos altamente calóricos y con grandes cantidades de sal, azúcares y grasa saturadas, ayudaría a prevenir 472000 enfermedades no transmisibles de aquí al año 2050. (56)

Así mismo, una mala higiene del sueño aumenta la probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad. Tal y como concluyen varios estudios, sí que existe una correlación entre las horas de sueño y la obesidad. (70)(71) Ya que, un descanso insuficiente y de mala calidad provoca una serie de alteraciones en el organismo, tales como una mayor resistencia a la insulina, una mayor activación del sistema nervioso simpático y un aumento de la sensación de hambre junto con una disminución de la saciedad. Y esto se debe a las variaciones del perfil metabólico (insulina, leptina, grelina y cortisol) que se encuentran ligados con la limitación del sueño. Como consecuencia, las personas que duermen menos horas: Comen más y practican menos ejercicio físico.

Finalmente, tenemos los factores psicológicos, cuando se utiliza la comida para combatir problemas de estrés, ansiedad, aburrimiento o problemas de carácter emocional. Porque muchas veces, cuando no nos encontramos bien y tenemos sentimientos de tristeza, desánimo, agobio o ansiedad aliviamos estos problemas recurriendo a la comida.(65)

La obesidad no solo afecta al físico, sino que el impacto psicológico y emocional que provoca en la persona que lo padece es incluso mayor. Estos problemas psicosociales, se consideran una causa muy importante de morbilidad en la obesidad infantil. Si bien algunas comorbilidades puedan desarrollarse en la edad adulta, los trastornos conductuales y emocionales relacionados con la obesidad, son inmediatos y se manifiestan desde edades muy tempranas, produciendo graves repercusiones en un futuro. (72)(73)

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas producto del estigma social?

Los niños y las niñas que padecen esta enfermedad son catalogados por sus iguales como incapaces de y excluidos de, por no responder a lo que se considera valioso o importante. De este modo, presentan una serie de consecuencias psicológicas producto del estigma social que sufren: ansiedad, baja autoestima, discriminación y aislamiento y acoso escolar.(72)

Esta estigmatización social que sufre el niño con obesidad puede llegar a ser más peligrosa que las patologías médicas. (72)

En vista de ello, la promoción de una alimentación saludable y actividad física en los centros escolares es vital para hacer frente a la epidemia de la obesidad infantil. Considerando que los niños y adolescentes permanecen un tiempo elocuente de sus vidas en la escuela, el entorno escolar es un lugar perfecto para que puedan adquirir conocimientos y habilidades, sobre estilos de vida saludables. (53)

5. DISCUSIÓN

A pesar de las necesidades evidentes de contar con una enfermera en los centros educativos, a día de hoy nos encontramos con que no existe ninguna legislación que obligue a los colegios a tener un profesional sanitario dentro de su plantilla, y en concreto a un profesional de enfermería.

Tal y como hemos podido ver, en España existe un gran debate sobre si es necesaria o no la implantación de esta figura en los centros educativos. Son varios los autores que intervienen manifestando que la labor de la enfermera escolar ya está a manos de las enfermeras comunitarias, y que por eso, consideran que su implantación es algo totalmente superfluo. No obstante, en el tiempo actual en el que vivimos, la realidad es que atención primaria no es capaz de cubrir todas las necesidades de la población infanto-juvenil, por una simple razón: la elevada e inacabable carga asistencial que posee. (31)

Además, tal y como decía Arancón Carnicero C.(31), para abordar todas esas necesidades, es necesario formar parte del centro educativo e integrarnos en él. De esta forma, somos capaces de atender al alumno desde una mirada holística, ya que convivimos con ellos muchas horas y esto nos ayuda a conocerlos en toda su plenitud y por lo tanto a cubrir sus necesidades de una forma más enriquecedora y valiosa.

Por otro lado, comparto mi punto de vista con Campos Gutiérrez. Éste alega que cada centro escolar es diferente y que por ese simple hecho requiere unos cuidados y unas necesidades específicas(32):

“Un programa educativo debe ser desarrollado atendiendo a unas necesidades concretas y cada centro presenta unas demandas específicas, muchas de ellas motivadas por las diferentes características del alumnado (educación especial y ordinaria, colegio público o privado, etc.”

La integración de la enfermera en las escuelas está totalmente amparada y respaldada por toda la comunidad educativa. Así proponen Díaz Rodríguez H et al. (13), Gómez Sanabria et al. (42), y Montoro García A et al.(74), quienes evidencian la necesidad que surge entre el personal docente, los progenitores y el alumnado de contar con la ayuda de una enfermera dentro de los centros escolares. Esto se debe a que una enfermera

escolar, además de promocionar estilos de vida saludables y enseñarles conductas de autocuidado, gracias a su implantación en las escuelas, se podrá conseguir una mayor integración de los niños y niñas con enfermedades crónicas y/o discapacidad en las escuelas. (14)

En la educación sanitaria de la comunidad escolar están implicados tanto el profesional docente como las familias de los escolares. Es una tarea conjunta donde se requiere la participación activa y la colaboración y coordinación de ambas partes.

De la precaria e improvisada educación sanitaria existente, acompañada de los estilos de vida poco saludables de los niños y niñas, nace la necesidad de contar con una figura del ámbito sanitario dentro de la plantilla de trabajo. Una figura que pueda aconsejar y servir de referente para toda la comunidad educativa.

Además, el tener una enfermera en los centros escolares genera un sentimiento de seguridad y tranquilidad entre los padres y profesores, los cuales se encuentran totalmente a favor de la implantación de ésta. La enfermera escolar está totalmente capacitada para actuar de manera inmediata antes posibles incidentes que puedan ocurrir dentro del colegio, para atender los procesos crónicos, así como para educar y asesorar en aspectos que se engloban dentro del área sanitaria.

De este modo, la enfermera escolar además de ejercer una función asistencial, propone ir más allá: poder empoderar y capacitar a los escolares, aumentando sus conocimientos en materia de salud, para que éstos seas capaces de decidir y actuar con criterio y de manera libre sobre ella.

España se encuentra sumergida en una lucha contra dos grandes epidemias que están arrasando a escala mundial, que son la obesidad infantil y las lesiones no intencionadas. Dos grandes problemas a los que hay que hacer frente.

A nivel internacional, son muchos los colectivos que muestran su preocupación por esta situación. En este sentido, la educación para la salud es la herramienta clave para poder hacer frente a esta gran problemática(39); y que mejor lugar que la escuela, como agente promotora de la salud.

La escuela es el lugar idóneo para realizar programas de Educación para la Salud (EpS) y promover estilos de vida saludables. La enfermera escolar es el profesional sanitario cualificado, capacitado y dotado para organizar y ejecutar dicha educación.

6. CONCLUSIONES

1. A la presencia de la enfermera escolar aún le queda mucho camino por recorrer para que su implantación sea una realidad en el territorio español.
2. Los centros educativos no disponen de medios para abordar los problemas de salud de sus escolares. Por eso, la figura de la enfermera escolar es una necesidad percibida no sólo por parte del profesorado, familias y alumnos, sino por los propios Servicios sanitarios.
3. Se ha demostrado que en los centros donde se ha implantado la figura del profesional sanitario, el impacto que ha tenido sobre los alumnos ha sido muy positiva, tanto a nivel resolutivo, de primeros auxilios como educacional y formativo.
4. Conocimientos básicos sobre primeros auxilios podrían evitar que muchos sucesos graves no sucedieran.
5. La escuela es el lugar idóneo para educar y promocionar hábitos de vida saludable, y dentro de los profesionales sanitarios, la enfermera es la persona que está altamente capacitada y dotada para llevar a cabo y ejercer dicho trabajo.
6. Para que se pueda implantar esta figura, se necesita la colaboración de todos, es decir, de todos los agentes implicados: profesorado, familias, sanitarios y el departamento de Educación (gobierno).

7. PROPUESTA TEÓRICA

7.1 Introducción/Justificación

Por las razones expuestas se hace necesario el seguimiento de la alimentación en los escolares bien sea la elaborada en la cocina del propio centro o la servida desde empresas externas a través de catering. El profesional mejor formado en competencias sobre cuidados de alimentación es el profesional de Enfermería, justificando de este modo la intervención en el seguimiento de los temas alimentarios en los centros escolares.

Ambos argumentos, justifican ampliamente la elaboración y puesta en marcha de este proyecto.

7.2 Presentación: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN y Hábitos de Vida Saludables

Este programa de alimentación y estilos de vida saludables va dirigido a niños y niñas de 5º y 6º de primaria con el fin de concienciar a los escolares de la importancia que tiene alimentarse de una forma saludable y crear una conciencia crítica y objetiva de lo que es bueno y menos bueno y de la importancia que tiene para la salud adquirir estos hábitos desde edades tempranas.

7.3 Objetivos

7.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Promover una alimentación saludable y equilibrada y concienciar a los niños de la importancia de ésta.

7.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir la prevalencia de obesidad infantil de los escolares.
- Que los niños sean capaces de adquirir estos conocimientos básicos de la nutrición y que los pongan en práctica.
- Practicar hábitos saludables para una dieta saludable y conocer los beneficios.

- Mejorar la distribución de la ingesta alimentaria a lo largo del día: reducir el porcentaje de escolares que prescinde del desayuno o de alguna otra comida.
- Disminuir la ingesta de grasas no saludables y azúcares, aumentar el consumo diario de vegetales (fruta y verdura) y agua.
- Fomentar hábitos de vida saludables, así como: importancia de la práctica de actividad física, importancia de una buena higiene de manos y boca, importancia del sueño e importancia de la salud psíquica y emocional.

7.4 Población diana

Esta actividad va dirigida a todo el alumnado de 5º y 6º de primaria de los colegios públicos de Pamplona.

7.5 Recursos

1. **Materiales:** aulas de 5º y 6º de primaria, patio del colegio, ordenador, proyector, pegamento de chicle, cartulina A3 (x2), cesta, rotulador, diferentes alimentos, botella de agua, jabón, cubo de agua, rollo de papel, cepillo de dientes y pasta, un reloj de arena.
2. **Humanos:** Enfermero/a.

7.6 Desarrollo del programa

Este programa de alimentación saludable se llevará a cabo en cuatro colegios de educación primaria en los meses de octubre, noviembre, febrero y marzo. Cada mes se hará la intervención en un colegio diferente. El programa está dividido en 8 sesiones, con una duración de aproximadamente 1 hora cada una de ellas. La persona indicada para impartir las clases será un profesional de enfermería

7.6.1 CRONOGRAMA



SESIONES	DÍA + HORA	TIEMPO
Sesión 1	Lunes: 9:00-9:50	50'
Sesión 2	Miércoles: 9:50-10:50	60'
Sesión 3	Lunes 9:00-9:50	50'
Sesión 4	Miércoles: 9:50-10:40	50'
Sesión 5	Lunes: 9.00-9:45	45'
Sesión 6	Miércoles: 9:50-10:35	45'
Sesión 7	Lunes:9:00-9:45	45'
Sesión 8	Miércoles 9:50-10:50	60'
Sesión 9	Viernes: 12:00-13:30	90'

7.6.2 SESIONES

PRIMERA SESIÓN: GRUPOS DE ALIMENTOS

PORTE 1: ¿QUÉ SABEN LOS ALUMNOS SOBRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ALIMENTO?

Duración: 20'

En primer lugar, antes de empezar con los conceptos teóricos, la primera sesión del programa de alimentación saludable se iniciará mediante un juego, con el fin de motivar y poder conocer el conocimiento previo que los escolares puedan tener respecto a los diferentes grupos de alimentos.

Desarrollo:

Para ello, dispondremos de dos murales. En uno de ellos, (figura 4), aparecerán los diferentes grupos de alimentos, macro y micro nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos o grasas, vitaminas, minerales y agua) y en el otro mural (figura 5), tendremos fotos de los alimentos de los distintos grupos mencionados (pescado, huevos, carne, tomate, plátanos, aceite de oliva etc.) A continuación, les preguntaremos a los alumnos a qué grupo de alimentación pertenecen los alimentos del mural 1. Ejemplo:

“ ¿El aceite de oliva dónde lo clasificaremos?”

Material: Mural 1, Mural 2, pegamento de “chicle”.



Figura 4: Grupo de alimento. Elaboración propia con la ayuda de las plantillas del programa Canva

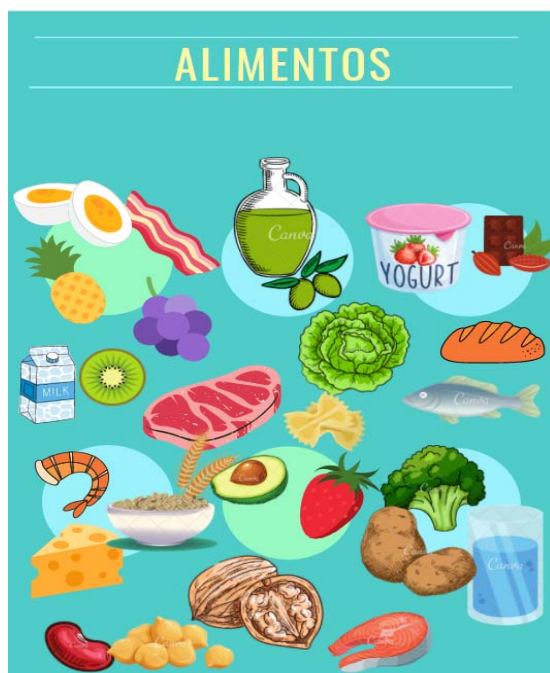


Figura 5: Alimentos. Elaboración propia con la ayuda de las plantillas del programa Canva

**PARTE 2: PARTE TEÓRICA. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y FUENTES
ALIMENTARIAS DE LOS NUTRIENTES?**

Duración: 25'

Objetivo: Conseguir que los alumnos sepan identificar, clasificar y aprender sobre los principales grupos de alimentos, interiorizando sus principales funciones.

Desarrollo:

En esta segunda parte de la sesión, tras hacernos una idea de lo que saben los alumnos y haber entrado en dinámica, procederemos a analizar cuáles son las principales funciones y fuentes alimentarias de los nutrientes. Para ello, utilizaremos un poster del tamaño A3 de manera que quede visual, esquemático y resulte fácil de entender.

Nos preocuparemos por mantener un clima donde se motivará a los alumnos a participar.

Desarrollo: ANEXO 1

Material: Cartulina A3.

SEGUNDA SESIÓN: NUTRI PLATO (PLATO DE HARVARD)

Duración: 60'

Objetivos: Plato de Harvard: conseguir que los niños y niñas aprendan a crear su propio plato de comida acorde a las raciones del plato de Harvard. Crear una visión crítica a la hora de elegir los alimentos que formarán su comida y cena. Mostrar opciones saludables. Por último, deberán relacionar la alimentación con la aplicación en la salud.

Desarrollo:

Antes de empezar con la sesión "Nutri Plato", repasaremos en voz alta y de manera breve los conceptos que tratamos la clase anterior. Para ello, tendremos preparadas una serie de preguntas, que para fomentar la participación de los alumnos y que se sientan motivados, lo haremos mediante el juego de "pasa palabra". (ANEXO 2)

Duración: 15 min

A continuación, una vez finalizada la actividad anterior, empezaremos con la segunda parte de la sesión: Plato de Harvard. Nuestro objetivo será que los escolares aprendan a consumir las raciones adecuadas con la ayuda del plato de Harvard.

Desarrollo:

En primer lugar, les enseñaremos una foto del Plato de Harvard (ANEXO 3). Luego, les explicaremos qué es y cómo está compuesto, es decir, que grupo de alimentos pertenece a cada parte del plato, añadiendo que ningún alimento contiene un solo macronutriente al 100%. Así mismo, se indicará cuál es la cantidad diaria recomendada de cada grupo de alimento. Ejemplo: Recomendación % de energía de los carbohidratos: entre 55-60%(OMS).

En esta clasificación se fomentará el consumo de frutas y verduras y alimentos de origen vegetal, como legumbres y cereales integrales. Al mismo tiempo, se explicarán las características básicas sobre el consumo de cada grupo de alimentos señalando el impacto en la salud de los alimentos de consumo ocasional, su alto contenido en azúcar y grasas de mala calidad.

Después, les explicaremos cómo hacer una comida/cena con el plato de Harvard. Al final de la sesión, mediante imágenes de alimentos reales, los alumnos deberán crear su propio Plato de Harvard. Para ello, les daremos una plantilla del plato de Harvard que esté vacío, y tendrán que rellenarlo con los alimentos que ellos crean adecuados.

Duración: 35 min

Al final de la sesión, les daremos para que firmen un “contrato” (anexo 4), con el fin de motivar a los niños y niñas y de este modo, asegurar de una manera lúdica la adherencia al programa se diseñará un “contrato” que deberán firmar. Con la firma de este se comprometerán a participar de manera activa durante todas las sesiones y a mantener los conocimientos adquiridos en el futuro.

Material: Cartulina de color azul, rotulador negro permanente, velcro, plantilla de respuestas (para mí)

TERCERA SESIÓN: AZÚCAR

Duración: 50min

Objetivos:

1. Conocer qué es el azúcar y en qué tipos de alimentos podemos encontrarlo.
2. Conocer las consecuencias negativas que provoca el alto consumo de azúcar en la salud.
3. Concienciar sobre la cantidad de azúcar que se encuentra en alimentos ultra-procesados.
4. Reducir el consumo de azúcar de la dieta para la prevención y tratamiento de la obesidad y comorbilidades asociadas.
5. Conocer diferentes alimentos que puedan utilizar de alternativa para sustituir los “antojos” que produce el azúcar.

Desarrollo:

- **Presentación de la sesión:** en esta segunda sesión aprenderemos qué es el azúcar y dónde (en qué alimentos) se encuentra. Veremos qué es lo que ocurre si nos acostumbramos a tomar mucho azúcar. Además, conoceremos la cantidad de azúcar que contienen diferentes alimentos ultra-procesados que pueden estar presentes en nuestra dieta (Anexo 5). Por último, aprenderemos cómo podemos reducir el consumo de azúcar para poder seguir comiendo alimentos ricos pero saludables (alternativas saludables y recomendaciones de pasos a seguir). Para la explicación utilizaremos una presentación a modo de PowerPoint.
- **TAREA** para casa: Como tarea, deberán apuntar en un papel qué es lo que desayunan en casa, para ponerlo en común la sesión que viene, ya que hablaremos del desayuno y almuerzo saludable.

Desarrollo: Ficha docente. PowerPoint

Ficha docente:

1. ¿QUÉ ES EL AZÚCAR Y DÓNDE SE ENCUENTRA? (Objetivo 1)

¿QUÉ ES EL AZÚCAR?

Cuando ingerimos un alimento, el organismo transforma ese alimento en un tipo de azúcar llamado glucosa. El cuerpo necesita esta glucosa como combustible de nuestras células (ejemplo de la gasolina de los coches). Para ello, el alimento que consumimos debe ser digerido y así la glucosa pasa al torrente sanguíneo. Sin embargo, la glucosa no sabe entrar en las células por sí sola, ya que para poder abrir la “puerta” de las células, necesita una especie de “llave” llamada insulina. De esta forma, la glucosa entra en las células para conseguir energía. (60)

Un órgano llamado páncreas produce la insulina (“llave”) que se necesita para que la glucosa entre en las células. (Posteriormente, en la sección de las consecuencias negativas del azúcar en la salud, se puede explicar que si hay un consumo continuo y excesivo de azúcar el páncreas finalmente se volverá “loco” con tanto estímulo y empeorará la producción/sensibilidad/secreción de la insulina pudiendo desarrollar la diabetes tipo 2).

¿EN QUÉ ALIMENTOS PODEMOS ENCONTRAR EL AZÚCAR?

Aunque el azúcar aporte energía, importa mucho el envoltorio en el que se encuentra este azúcar, es decir, en la forma que tomamos ese azúcar. Los alimentos que contengan azúcar pueden ser más saludables que otros dependiendo con qué otros nutrientes y componentes vienen acompañados (acompañantes).

No es conveniente que el azúcar pase rápidamente a nuestra sangre. La fibra es una especie de súper heroína que ayuda a que el azúcar pase más lentamente a la sangre., para que no sea tan dañino para nuestra salud. Por eso, siempre que los alimentos contengan fibra, serán más saludables. Además, la fibra ayuda a que nos saciemos, por lo que cuando comemos alimentos que aporten fibra, pasaremos menos hambre.

Es importante diferenciar el tipo de azúcar que encontramos en los alimentos:

Azúcar natural	Azúcar añadido
Frutas, lácteos...	Refrescos, zumos y batidos comerciales, bollería y galletas, salsas, chocolate, batidos de chocolate...

Tipos de alimentos en los que encontraremos azúcar (glucosa, fructosa, lactosa...):

- Alimentos de origen vegetal: el azúcar viene acompañado por la fibra, lo que hace que sean más saludables
- Frutas
- Cuando tomamos zumo de naranja exprimido, le quitamos la fibra a la naranja quedándonos solo con su líquido. Esto hará que el azúcar presente en el zumo de naranja pase rápidamente a nuestra sangre. Procurar tomar la naranja entera para ingerir también la fibra
- Verduras
- Legumbres
- Cereales (explicar que los cereales refinados tienen menos fibra, por eso, promover alimentos integrales)
- Lácteos: El azúcar natural de los lácteos es saludable, ya que aunque no lleve fibra, viene acompañado de otras vitaminas y minerales que necesita nuestro cuerpo. El lácteo dejará de ser un alimento totalmente saludable si además del azúcar natural que lleva de forma natural le han añadido más azúcar (yogures azucarados, yogures de sabor, batidos...)

- Galletas, bollería, chocolates, refrescos, zumos comerciales: El azúcar no tiene ningún otro acompañante que haga que el alimento sea saludable. Apenas nos aportan fibra (no nos saciaremos con facilidad), vitaminas y minerales, y además tienen mucho azúcar y grasas que no son buenas para nuestro corazón.

2. ¿QUÉ OCURRE SI TOMAMOS MUCHO AZÚCAR? (Objetivo 2)

Consumir grandes cantidades de azúcar hace que enfermemos.(75) Pero, ¿conocemos cuáles son las consecuencias de tomar mucho azúcar? Las consecuencias o alteraciones que puede provocar tomar mucho azúcar pueden ser de dos tipos:

·Consecuencias visuales: podemos observarlos a simple vista

·Consecuencias no visuales (metabólicas): no nos damos cuenta a simple vista pero daña seriamente nuestro cuerpo

¿Sabríais decir alguna enfermedad o alteración debido al consumo excesivo del azúcar?

(Visuales: caries, ganancia/exceso de peso (sobrepeso/obesidad). No visuales: diabetes, enfermedades cardiovasculares, hígado graso...)(75)

Explicar a los niños/as muy brevemente las diferentes enfermedades asociadas al consumo excesivo de azúcar y cómo deterioran éstas la salud y la calidad de vida.

Diabetes: si comemos alimentos que tienen mucho azúcar continuamente, necesitaremos insulina de forma continua para que el azúcar entre en las células. Llegará un momento en el que la insulina no podrá ayudarle a la glucosa a entrar en las células. Por lo cual, no podremos conseguir energía y el exceso de azúcar en sangre es malo para nuestra salud.

Enfermedades cardiovasculares: el consumo excesivo de azúcar hace que ganemos peso mediante la acumulación de grasa. La grasa de nuestro cuerpo, y sobre todo la grasa de alrededor de la tripa, hacen que aumente la presión de nuestra sangre.

Hígado graso: cuando comemos mucho azúcar y sobre todo bebidas azucaradas, como son los refrescos y zumos industriales, ese azúcar se convierte en grasa y se acumula en el hígado. Acumular grasa en el hígado repercute en el funcionamiento normal de nuestro cuerpo, ya que es un órgano muy importante en nuestro organismo que funciona como una depuradora. (75)

3. ¿CUÁNTO AZÚCAR TIENEN LOS ALIMENTOS? (Objetivo 3)

Algunos alimentos contienen mucho azúcar, muchísimo más de lo que te imaginas. Además este azúcar se trata del azúcar añadido, es decir, el azúcar que no es del mismo alimento. Añaden grandes cantidades de azúcar a los alimentos para que sean más sabrosos. Pero esto hace que se conviertan en alimentos no saludables.

¿En qué alimentos se oculta el azúcar? ¿Y qué cantidad?

4. ¿CÓMO REDUCIR NUESTRO CONSUMO DE AZÚCAR? (Objetivo 4)

Para empezar, tenemos que identificar nuestras mayores fuentes de azúcar, es decir; debemos pensar y reflexionar en qué alimentos azucarados consumimos en nuestro día a día.

Una vez que identifiquemos las fuentes de azúcar, vamos a proponer diferentes alternativas o trucos para evitar reducir el consumo de estos alimentos.

En la industria alimentaria añaden azúcar a muchos alimentos porque saben que así estarán más ricos y la gente comprará más y más. Así, nos hemos acostumbrado a consumir alimentos que contienen mucho azúcar y nuestro paladar y gusto se ha hecho

a ello. Por eso, nuestro objetivo será reeducar el paladar e ir reduciendo el umbral del dulzor; es decir, iremos poco a poco acostumbrándonos a añadir menos azúcar a los alimentos y evitar aquellos que tengan mucho azúcar.

Empezaremos poco a poco, pero nuestro objetivo será que cada vez podamos consumir menos azúcar, y que aun así, esté rico lo que estamos comiendo.

A continuación algunos casos de ejemplo:

- Añade muchas cucharillas de cacao en polvo a la leche:
- Intentar que vaya reduciendo la cantidad que añade. Probar con cacao puro y canela o tomando leche fría...
- Consume muchas galletas:
 - Ofrecer alternativas más saludables para el desayuno, como tostadas de pan con tomate, aguacate o jamón. Si es en el almuerzo; probar con frutos secos.
 - Receta de galletas de copos de avena y plátano (se puede añadir canela para endulzar, incluso frutos secos o pasas)
- Consume yogures azucarados:
 - Empezar con yogures naturales no azucarados y añadir personalmente el azúcar para controlar la cantidad. Después ir rebajando hasta poder tomarlo sin azúcar.
- Consume yogures de sabor:
 - Sustituir los yogures de sabor por yogur natural sin azúcar y añadirle pequeños trozos de fruta. Se puede ir avanzando añadiéndole cada vez trozos más grandes de fruta.
- Consumo yogures de beber:
 - Hacerlos en casa con leche y fruta.
- Consume batidos de chocolate

- Hacerlos en casa con leche y cacao puro y añadirle un poco de plátano para endulzarlo
- Consume bollería industrial como magdalenas
 - Sustituir por bizcocho casero con poco azúcar. Probar utilizando endulzantes naturales.

CUARTA Y QUINTA SESIÓN: DESAYUNO + ALMUERZO SALUDABLE

Duración: 50 min (Parte 1) + 45 min (Parte 2)

Objetivos:

Conseguir que los alumnos conozcan e interioricen la importancia y componentes de un desayuno equilibrado, pudiendo visualizar la diferencia entre un desayuno equilibrado y uno que no lo es. Crear una visión crítica a la hora de elegir los alimentos que formarán su desayuno.

Desarrollo: PARTE 1

En primer lugar, tras presentar la actividad, pondremos en común la tarea que les mandé la anterior sesión, en la cual les pedía que anotarán qué alimentos suelen consumir (de manera habitual) a la hora del desayuno en sus casas.

Después, mediante una presentación de PowerPoint (anexo 6), analizaremos la importancia que tiene hacer un desayuno saludable, y veremos cómo sería un desayuno y un almuerzo equilibrado. Además, haremos una comparativa de desayunos no saludables frente a desayunos saludables, y de la misma forma que hemos hecho con los desayunos lo haremos con los almuerzos.

Muestra de imágenes reales de desayunos saludables: se hará hincapié en la sencillez de prepararlos y en su sabor. Explicando que el paladar se adapta a todos los sabores. ‘Tips’ para cambiar sabores: Cacao 100% + canela; o empezar mezclando la mitad de cacao 100% y mitad cacao habitual, endulzar el yogur natural con fruta y batir todo, añadir a la

tostada queso, tomate, aguacate, AOVE ... Escuchar sus problemáticas para cambiar sus hábitos y ayudarles con tips y recomendaciones de cambios paulatinos.

Para finalizar esta sesión, desarrollaremos una actividad. En ella, los alumnos en base a lo que han aprendido y a sus gustos personales, tendrán que diseñar su desayuno sano y equilibrado. Es decir, platos nutritivos, con una combinación de diferentes alimentos y cantidades y porciones adecuadas.

TAREA para casa: Los alumnos tratarán de mejorar sus desayunos. ¿Qué hago mal? ¿Qué puedo cambiar? ¿Cómo puedo mejorar?

Para ello, es importante plantear objetivos. Ejemplo:

-Alumno que solamente desayuna una bebida láctica tipo “actimel”. Sustituirlo por un yogur natural e incorporar una pieza de fruta.

-Alumno que no consume fruta, solamente zumos. Intentar sustituirlo por una fruta fresca.

Desarrollo: PARTE 2

En esta segunda parte, tras presentar la sesión, comenzaremos por una actividad en parejas: “*Actividad cesta saludable*”. Para ello, se mostrará una cesta vacía y distintos alimentos, de los cuales cada pareja de alumno elegirá qué es lo que llevaría o introduciría en la cesta, para llevar de almuerzo al colegio. En la misma actividad, se harán correcciones y se darán recomendaciones a medida que se avance.

Ejemplo:

-Zumo de frutas---> Fruta natural

-Batido de leche y chocolate---> Yogur con chocolate 85%.

En la segunda parte de la sesión, crearemos un “*calendario de almuerzo saludable*” (anexo 7). En él, de manera conjunta, crearemos una lista de diferentes tipos de almuerzos saludables y los iremos poniendo en cada día de la semana. De esta manera, todos los alumnos llevarán el mismo almuerzo a clase.

Material (para las dos sesiones): Cartulina grande (anexo 8), rotulador, ordenador, proyector (para el PowerPoint), diferentes alimentos, cestas pequeña (1 cada 2 alumnos)

QUINTA SESIÓN: HIGIENE Y LAVADO DE MANOS

Duración: 45 min

Objetivos:

Que los alumnos adquieran hábitos higiénicos antes y después de las comidas con el fin de concienciar de la importancia que tiene la higiene bucodental y el correcto lavado de manos.

Desarrollo:

En esta sesión vamos a aprender por qué es importante el lavado de manos, cuándo hay que hacerlo y cómo. Además, veremos la importancia que tiene la higiene bucodental y las consecuencias que conlleva si no se practica o se realiza correctamente.

En primer lugar, presentaremos que vamos a tratar en la sesión. Después, mediante la ayuda de una presentación PowerPoint (anexo 8), explicaremos por una parte, todos los conceptos que tienen que ver con el lavado de manos, y por otro lado, los conceptos relacionados con la higiene bucodental.

PARTE 1:

1. ¿Por qué es importante el lavado de manos?
2. ¿Cuándo hay que lavarse las manos?
3. ¿Cómo hay que lavarse las manos?

PARTE 2:

1. ¿Por qué es importante la higiene bucodental?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de una mala higiene bucodental?

3. ¿Cómo y cuándo hay que lavarse los dientes?

*Como refuerzo y para que les sirva de ayuda, pegaré un póster en el aula con los pasos del lavado de manos para que no se les olvide. (Anexo 9)

Después de la teoría pasaremos a la práctica. Primero, haré una demostración delante de ellos de cómo es el lavado correcto de manos, y la técnica correcta del lavado de dientes, para que después lo realicen ellos en el lavabo. Iremos en grupos de 6. Mientras me voy al baño con los 6 alumnos, los demás practicarán en la clase.

Material: Proyector, ordenador, botella de agua, jabón, cubo de agua, rollo de papel, cepillo de dientes y pasta, un reloj de arena, poster de cómo lavarse las manos (anexo 9)

SEXTA Y SÉPTIMA SESIÓN: PICOTEO Y MITOS EN LA ALIMENTACIÓN

Duración: 45' cada sesión

Objetivos: Que los alumnos sean capaces de identificar cuáles son los snacks más saludables y adecuados para picar entre horas, cómo los pueden consumir y cuáles son las cantidades recomendadas. Con el fin de evitar el picoteo excesivo e inadecuado, abusando de ultraprocesados.

Desarrollo:

En primer lugar, presentaremos qué es lo que vamos a trabajar en la sesión. A continuación, daremos una breve explicación de snacks NO saludables: muestra de imágenes y alimentos tipo: patatas fritas, batidos, donuts...

En segundo lugar, veremos cuáles son los Snacks saludables: qué puedo comer cuando tenga ansiedad en casa y cuál sería una porción adecuada (palomitas caseras, pepinillos en vinagre / aceitunas / resto de encurtidos, frutos secos, crudités, snack de garbanzo, fruta). Utilizaremos una presentación PowerPoint para la explicación. (anexo10)

Después, les repartiremos algunos snacks saludables para que los prueben. Y a su vez, se les repartirá diferentes recetas de snacks saludables para que las puedan hacer en casa (garbanzos al horno, humus de verduras, muffins de avena y fruta, tortitas etc.)

En la segunda parte de la sesión, veremos algunos mitos relacionados con la alimentación.

Para ello, haremos una actividad: juego de mitos (anexo 12). Se leen los mitos uno a uno y se les pregunta qué piensan con respecto a ellos si son o no ciertos. A medida que se exponen los mitos se van haciendo aclaraciones y aclarando dudas.

Material: Proyector y ordenador.

OCTAVA SESIÓN: HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. ACTIVIDAD FÍSICA, HIDRATACIÓN, EL SUEÑO Y SALUD MENTAL Y LA EXPOSICIÓN SOLAR SEGURA.

Duración: 60min

Objetivos: Hábitos de vida saludable. El objetivo de la sesión es formar y concienciar a los alumnos en hábitos y estilos de vida saludables, como son la actividad física, la calidad del sueño, métodos de cocinado saludables y la exposición solar.

- Que los alumnos conozcan cuáles son las técnicas de cocina saludables (Vapor, plancha, horno, hervido, microondas etc.)

- Que los alumnos tomen conciencia de la importancia que tiene la actividad física en el día a día y la práctica de deporte, asimismo conocer la importancia *del Non-exercise activity thermogenesis* (NEAT).
- Importancia de la calidad del sueño. Fomentar actividades para dormir más y mejor.
- Importancia de trabajar la salud mental.
- Importancia de una exposición solar segura. Precauciones y beneficios.

Desarrollo:

Tras hacer la presentación de la actividad, con la ayuda de una presentación power-point, iremos trabajando todos los puntos. (Anexo 12).

-Repaso de las sesiones anteriores: en qué se basa una alimentación saludable. Combinación con técnicas de cocina saludables. Muestra de técnicas no saludables (rebozados, aceitosos...) Fomentar vapor, plancha, horno, cocido.

-Actividad física diaria. Apostar por NEAT (ir a hacer la compra, subir por las escaleras, ir al cole andando, paseo en bici)

-Dormir bien. Rutinas (dejar las pantallas 30'-1h antes de dormir, leer, escuchar música)

-Salud psíquica y emocional. (Anexo 13)

-Exposición solar segura. Precauciones y beneficios.

Ficha docente:

¿Es suficiente una buena alimentación para conseguir una salud plena?

¿Qué otros factores debemos tener en cuenta para estar sanos?

- Técnicas de cocina saludables
- Actividad física
- Ejercicio físico
- Calidad/higiene del sueño
- Exposición solar

- Hidratación
- Control del estrés y de las emociones

1) Técnicas de cocina saludables

En las sesiones anteriores ya hemos aprendido cuáles son los alimentos que tenemos que consumir a diario, el consumo de que alimentos tenemos que fomentar o darle más importancia, cuales son los alimentos que tenemos que evitar o consumir de manera más esporádica y algunas opciones saludables para desayunar y almorzar. Bien, pues ahora que sabemos elegir alimentos saludables para nuestra dieta, vamos a hablar de las técnicas de cocinado.

Y es que al igual que hay alimentos que tenemos que consumir de forma más habitual y alimentos que tenemos que evitar, también hay técnicas de cocina que tenemos que fomentar o usar más en el día a día y otras que tenemos que evitar o usar menos en nuestro día a día.

¿Cuáles son esas técnicas de cocina por las que tenemos que apostar más y darles mayor importancia en el día a día?

- Vapor. Gracias a este método de cocción los alimentos conservan gran parte de sus minerales y vitaminas.(76)
- Plancha. Método de cocción en el que con muy poca cantidad de aceite podemos hacer preparaciones rápidas y sabrosas.
- Horno
- Microondas. Normalmente lo usamos para calentar preparaciones ya hechas anteriormente, pero también lo podemos usar para cocinar los alimentos. Con este método de cocción, además de manchar pocos utensilios y poder tener preparada la comida muy rápido, mantiene en gran parte las vitaminas y minerales de los alimentos. No obstante, siempre tenemos que utilizar recipientes aptos para usar en microondas.

¿Cuáles son las técnicas de cocinado que debemos evitar o dejar su uso para momentos más puntuales?(76)

- Frituras

- Rebozados
- Empanados

El problema principal de estas técnicas culinarias es que utilizamos una gran cantidad de aceite para cocinar los alimentos. Por lo que, sin darnos cuenta, estamos incluyendo una gran cantidad de calorías en nuestras preparaciones.

Estas no son las únicas técnicas culinarias que existen, de hecho hay muchas más como: adobo o marinado de los alimentos, baño maría, escaldar, escalfar, guisar, rehogar, sofreír, cocer... Simplemente es una idea de cuales tenemos que usar más a menudo y cuales tenemos que usar en ocasiones más puntuales.

2) Actividad física

Se considera actividad física “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”(77). La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Recomendaciones actividad física OMS (78):

- Jóvenes de 5 a 17 años: mínimo 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa. Por ejemplo: juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados.
- Adultos de 18 a 64 años: mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

¿Cómo hacemos para movernos más? Con pequeños cambios en nuestro día a día podemos aumentar considerablemente el tiempo que estamos moviéndonos, por ejemplo:

- Paseos
- Hacer la compra andando

- Ayudar/hacer las tareas de casa
- Ir andando al trabajo/colegio. Si no es posible ir andando desde casa, se puede aparcar más lejos del trabajo/colegio y hacer los últimos metros/km andando.
- Optar por las escaleras en lugar del ascensor.
- Jugar: en casa, en la calle...

Tenemos que distinguir entre el ejercicio y la actividad física. Según la OMS , “el ejercicio es una variedad de actividad física que suele estar planificado, ser repetitivo y ser realizado con un objetivo relacionado con la mejora o mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”. (78)

Al igual que con la actividad física, no tenemos que hacer grandes cambios en nuestro día a día para hacer ejercicio. Podemos empezar haciendo algo de ejercicio en casa, sin necesidad de apuntarnos a gimnasios o centros deportivos. Por ejemplo: podemos seguir rutinas de internet. Suelen ser fáciles y no es necesario mucho material para seguirlas. Diferentes ejercicios de fuerza que no requieren material: sentadillas, fondos de tríceps, flexiones, abdominales, saltos; o incluso aumentar la dificultad de estos ejercicios cargando algo de peso (podemos hacerlo llenando una mochila con libros, con botellas de agua...). Como hemos visto estas últimas semanas en las sesiones de actividad, podemos hacer ejercicio en casa de una manera divertida e intensa. Además, existen cientos de deportes. Seguro que alguno se adapta a nuestros gustos y/o capacidades. Recordad, que ningún deporte es obligatorio así que vamos a buscar el que más nos guste y vamos a disfrutar y a darle caña.

3) Sedentarismo

Cuando hablamos del sedentarismo hacemos referencia a no cumplir las pautas u órdenes de actividad física propuestas por los diferentes organismos de salud. Es decir, no llegar a los 60 minutos de actividad física cada día. (53)(79)

¿Por qué razones somos sedentarios?

- Muchas horas delante de pantallas: videojuegos, televisión, Tablet, móvil. No está mal que usemos estos dispositivos electrónicos, pero todo en su justa medida. Un día tiene muchas horas, vamos a aprovecharlo para hacer diferentes cosas.

- Avances en la tecnología que nos hacen la vida más sencilla y a la vez más sedentaria: ascensor, vehículos, hacer la compra desde casa...
- Falta de conciencia sobre la importancia de la actividad física

La actividad física debería ser algo obligatorio, como lavarse los dientes. Todos nos lavamos los dientes todos los días, pues con el ejercicio debería ser igual.

Y es que tenemos que ser conscientes que la falta de movimiento, la falta de ejercicio en nuestro día a día es igual o más perjudicial para la salud que una mala alimentación.

Es por eso que tenemos que movernos más en nuestro día a día y no pensar que con una buena alimentación será suficiente para tener una salud plena. La alimentación y el ejercicio son la misma cara de la moneda y los dos van a ser importantes para construir hábitos saludables. Vamos a ello, vamos a movernos.

4) Higiene del sueño

Es muy importante descansar bien y suficientes horas por la noche, ya que un mal descanso tiene efectos negativos en nuestro organismo, tanto a corto como a largo plazo. Y es que dormir menos de 7 horas al día, dormir, pero no descansar o despertarse muchas veces a la noche, está relacionado con una mayor probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad, y además, tiene consecuencias fisiológicas en nuestro organismo. Como por ejemplo:(70)(80)

-Un aumento de catecolaminas y cortisol

-Aumenta el riesgo de padecer diabetes, ya que hay una menor sensibilidad a la insulina

-Mayor sensación de hambre, por disminución de la leptina y aumento de ghrelina

-Aumento de algunos marcadores inflamatorios y menor producción de melatonina.

Todo esto tiene consecuencias tanto a largo como a corto plazo.

Consecuencias a corto plazo:

- Estrés
- Problemas somáticos (El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se presenta cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos. La persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan

intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria. Ellos pueden creer que los padecimientos médicos cotidianos son mortales).

- Problemas psicosociales

Consecuencias a largo plazo:(70)

- Obesidad
- Diabetes tipo II
- Cáncer
- Problemas cardiovasculares
- Muerte

A continuación, vamos a ver algunos factores que pueden afectar al sueño: (71)

- Luz azul de los dispositivos electrónicos
- Consumo de cafeína o bebidas energéticas a últimas horas del día
- Ejercicios a última hora del día podría provocar una activación que podría dificultar el sueño.
- Estrés y problemas emocionales(ansiedad, depresión)
- Cambios relacionados con el periodo adolescente. Los jóvenes cambian sus rutinas y tardan más en irse a dormir.

El efecto de estos factores no tiene por qué ser igual en todas las personas. Pero son factores a tener en cuenta, especialmente en aquellas personas que tienen problemas para dormir.

Ahora que sabemos cuáles son las consecuencias de un mal descanso y qué factores pueden afectar al sueño, vamos a buscar soluciones para conseguir un menor descanso. ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestro sueño?

- En caso de consumir bebidas con cafeína, vamos a evitar el consumo de estas al menos 6 horas antes de ir a dormir.

- Vamos a intentar evitar los dispositivos electrónicos 0,5-1h antes de ir a dormir. Televisión, tablets, móviles, videoconsolas, ordenadores... Como hemos visto antes, la luz azul de estos dispositivos puede provocar alteraciones del sueño, así que vamos a intentar o bien, no utilizarlos justo antes de ir a la cama, o en su defecto, vamos a poner el “modo lectura” o bajar el brillo de los dispositivos para que no afecte a nuestro sueño.
- Tenemos que generar un entorno que sea adecuado para conciliar el sueño. ¿Cuál es un buen entorno para un correcto descanso?
- La temperatura de la habitación tiene que ser más bien fría/templada
- Un ambiente oscuro y silencioso
- Ropa de cama y pijama cómodo
- Dormir siestas de duración menor a 30´
- No practicar ejercicio de intensidad moderada antes de dormir.
- Tener un patrón de sueño establecido, en el que nos levantemos y nos acostemos casi siempre a la misma hora.
- Crear una rutina antes de dormir: llevar a cabo una serie de actividades para facilitar la conciliación del sueño y un mejor descanso durante toda la noche.

Además, algunos estudios ya nos afirman que el consumo de fruta, verdura, pescado y frutos secos puede mejorar la calidad de sueño, así que ya tenemos otra razón de peso para incluir estos alimentos en nuestra dieta. (80)

5) Hidratación

¿Por qué es importante estar bien hidratado? Estar bien hidratado es fundamental para el correcto funcionamiento de nuestro organismo, puesto que todas las reacciones bioquímicas que suceden en nuestro cuerpo ocurren en un entorno acuoso. Además, el agua ayuda a regular la temperatura corporal e incluso nos aporta sales minerales. (81)

¿Cuáles son los síntomas de la deshidratación? (81)

- Tener sed o la boca seca
- Orinar menos de lo habitual y más concentrado, es decir, un color más oscuro

- Piel y mucosas secas
- Sensación de cansancio
- Mareos
- Taquicardias
- Cefalea

Estos dos últimos síntomas serían los principales riesgos de la deshidratación a corto plazo. Y, ¿por qué nos deshidratamos? ¿Cuáles son las causas de la deshidratación?

- Diarrea
- Vómitos
- Sudar demasiado
- Orinar demasiado por ciertos medicamentos o enfermedades
- Fiebre
- No beber suficientes líquidos

En nuestro día a día esta última causa, es decir, no beber suficientes líquidos será el principal motivo de que nos deshidratemos. (Preguntar a los niños cuál será la solución a esa deshidratación; esperar a la respuesta de beber líquidos).

¿Pero debemos beber cualquier líquido para hidratarnos? Por ejemplo, ¿está bien beber refrescos, batidos o zumos para hidratarnos? NO. El consumo de estos líquidos tiene que ser de forma más esporádica y siempre tendremos que elegir como primera opción el agua. ¿Cómo podemos beber más agua?

- En la mesa, a la hora de comer, siempre una botella de agua. Esta debería ser siempre nuestra primera opción.
- Además, una buena opción es no comprar batidos, zumos o refrescos. Si no tenemos estas opciones en casa, no las consumiremos y de esta forma no tendremos ningún tipo de tentación, siendo el agua nuestra única opción. Podemos dejar el consumo de batidos, zumos o refrescos para cuando estemos fuera de casa y así disminuir lo máximo posible el consumo de estas bebidas azucaradas.

- No tenemos que esperar a tener sed para beber agua. Tener a mano siempre una botella de agua nos facilitará su consumo.

Exposición solar

Vamos a hablar ahora del sol y los beneficios de exponernos a este. Gracias a la exposición solar en nuestro cuerpo se sintetizan/se crean algunos nutrientes. De estos, destaca la síntesis de vitamina D, ya que el sol es nuestra principal fuente de esta vitamina. La vitamina D, ayuda a que se formen y mantengan nuestros huesos. Además, la exposición solar nos ayuda a regular los ritmos circadianos, es decir los periodos de sueño y vigilia. (82)

Por estas razones tenemos que intentar exponernos todos los días al sol, mínimo 15 minutos, siempre que salga, claro. Podemos trabajar o estudiar cerca de una ventana (si es posible que la ventana esté abierta) o en una terraza. También tenemos que tratar de exponernos lo antes posible a la luz natural. Después de levantarnos podemos asomarnos a la ventana y exponernos durante unos minutos al sol. Esto es especialmente relevante para sincronizar el ritmo circadiano.

Ahora ya sabemos que tenemos que exponernos siempre que podamos al sol. Pero ¿cómo tenemos que exponernos?

- Tenemos que intentar exponer la mayor parte de nuestro cuerpo al sol, siempre en la medida de lo posible: cara, antebrazos, pantorrillas...Y cuando se pueda trataremos de exponer más partes del cuerpo.
- Tenemos que evitar las horas centrales.
- Una buena opción es hacerlo mientras damos un paseo. Así tenemos doble beneficio: exposición solar y actividad física.
- 10-20 minutos de manera continua puede ser suficiente.
- Tenemos que hidratarnos tanto durante, como después de la exposición solar, sin esperar a tener sed.

Pero, debemos tener cuidado, ya que un exceso o una mala exposición podría provocarnos daños en la piel: (83)

- Quemaduras
- Manchas
- Arrugas
- Envejecimiento prematuro de la piel
- Mayor riesgo de sufrir cáncer

Aun así, no debemos tenerle miedo al sol, ya que una correcta exposición (crema solar) nos aportará más beneficios que daños. Recordad, que la nula o baja exposición solar puede llegar a ser igual de dañina que una excesiva exposición solar.

Material: proyector, ordenador.

NOVENA SESIÓN: GYMKHANA +Entrega del tríptico Y el diploma

Duración: 90min

Objetivos: Recordar todos los conceptos que hemos ido tratando a lo largo de las semanas.

Desarrollo:

* Actividad: *Gymkhana*. (Anexo 14)

Mediante esta actividad los alumnos deberán recordar (a modo repaso) todos los conceptos que hemos ido trabajando a lo largo de estas semanas. Para ello, con el fin de hacerlo de manera más dinámica y divertida, realizaremos el juego de la gymkhana. La actividad consistirá en orientación y habilidad. Los alumnos serán divididos por grupos donde deberán realizar una serie de pruebas y contestar a ciertas preguntas relacionadas con alimentación y hábitos saludables, todas ellas explicadas a lo largo del programa.

- Lugar: Patio del colegio.

Al final de la sesión, se les entregará un tríptico (anexo 15), donde tendrán detallado de forma resumida los aspectos más importantes que hemos tratado. Así mismo, a modo de recompensa, regalo, por su compromiso y cumplimiento con el programa les entregaremos un diploma (anexo 16).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Plan de Salud Pública de Navarra 2016/2020. Inst Salud Pública y Labor Navarra [Internet]. 2016;l:10–30. Available from: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/372448/PlandeSaludPublica.pdf>
2. Mohammed Yasin H, Isla Pera P, López Matheu C, Juvé Udina ME. [The Role of School Nurses]. [Internet]. Vol. 40, Revista de enfermería (Barcelona, Spain). 2017. p. 22–4, 27–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30272401>
3. Statement P. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics. 2008;121(5):1052–6.
4. Montserrat Rivero. Breve guía para la alimentación en la edad escolar. 2013;
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Agencia Española Segur Aliment y Nutr Minist Consum. 2020;110(9):1689–99.
6. OMS. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 2017; Available from: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
7. Peña NA, Briz MC. Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. Nuberos Científica [Internet]. 2014; Available from: www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica%0A
8. Plan de Salud de Navarra. 2020;2020.
9. Infancia ENLA. Importancia socio sanitaria de las lesiones no intencionadas en la infancia.
10. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-smith J, Hyder AA, Branche C RA. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. 2012;
11. Soriano Serrano M., Serrano Méndez T., Rus Chinchilla Q., Roncero Lozano A., Ruiz B. CLA. Tipología, causas y recomendaciones para la prevención.

12. Luis S. ¿Cuánto costaría realmente tener una enfermera escolar en cada colegio? School Nurses. Available from: <https://schoolnurses.es/coste-enfermera-escolar-colegio-2a-parte/>
13. Díaz Rodríguez H, Arias Hernández MM. Necesidad percibida del profesorado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria sobre formación en salud e implantación de la figura de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería*. 2018;21(9):5–12.
14. García AM, Gutiérrez PF. La enfermera escolar. Opinión de los progenitores de niñas y niños que inic...: EBSCOhost. 2018;20(10):50–9. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/bucm.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=11&sid=72fbb01f-1684-4850-833a-6c3df3ac5e55%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=127163983&db=ccm>
15. National Association of School Nurses (NASN). National Association of School Nurses. 2017; Available from: <https://www.noasn.org/>
16. AMECE. Perfil de la enfermería escolar elaborado por la asociación madrileña de enfermería en centros educativos. Amece [Internet]. 2010;1–7. Available from: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
17. Morten H. The London Public-School Nurse Author (s): Honnor Morten Published by : Lippincott Williams & Wilkins Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/3402147>. 1901;1(4):274–6.
18. Encinar A. Enfermería Escolar, La Situación Hoy En Día. *Rev enferm CyL* [Internet]. 2015;7(1):56–61. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144>
19. Valderrey DM. Sección especial enfermería escolar: análisis de situación y propuesta de intervención. 2020;12:91–101.
20. López Langa N GGN. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería*. 2012;15(15):50–4.
21. Ávila Olivares, J.A., Fernández Candela, F., GarcíaCaro Martín, Y., Medina Moya, J.L., Juárez Granados, F., Balboa Navarro, A. y colab. Perfil Profesional de la enfermera escolar. *Soc Científica Española Enfermería Esc SCE3*. 2008;
22. Enfermería CG de. Marco de competencias del Profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar [Internet]. *Rev. chil. psicoanal*. 2003. 177–182 p. Available from:

- <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/Doc Competencias Enfermería Escolar.pdf>
23. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias Jefatura del Estado «BOE» , de Referencia: BOE-A-2003-21340. BOE. (núm. 280).
 24. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Disposiciones Gen Gob España BOE. 2003;(280).
 25. Daniel G-M. Enfermería en la Comunidad Escolar: Una Aproximación Evaluativa en Educación para la Salud en la Infancia. 2017;35–45.
 26. Escolar S. Enfermeras / os Escolares : Habilidades , competencias y funciones.
 27. Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra.No Title. CREENA [Internet]. Available from: creena@educacion.navarra.es
 28. Nova IP. El coste de la enfermera escolar es irrisorio comparado con sus ventajas”. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/>
 29. BOCM. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 629/2014, de 1 de julio. BOCM-20140723-18.
 30. LEY 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes.
 31. Arancón Carnicero C. Enfermera escolar “dextra”* enfermera comunitaria. Rev Enferm. 2010;33(1):28–9.
 32. Campos gutierrez SM. El papel de la enfermera comunitaria en el fomento de escuelas saludables: justificación e intervenciones. 2016;9(2):52–9.
 33. Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela estado de la cuestión. Vol. 34, Revista de enfermería (Barcelona, Spain). 2011.
 34. Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. Context Educ Rev Educ. 2018;22(22):165.
 35. ENFERMERA ESCOLAR. Presentación. 2017;
 36. Servicio de Salud Escolar. Memoria de actividades 1996-1997. Ayuntamiento de Pamplona/Iruña,.
 37. ANPE reivindica la figura de la Enfermera Escolar en el Día Internacional de la Enfermería.

- 2020; Available from: ANPE.navarra.es
38. Navarra Suma propone que haya una “enfermera escolar” en todos los centros públicos y concertados. Unión del Pueblo Navarro.
 39. Candela F, Malpica R, Margarita D, Mora V, Luisa A. ENFERMERÍA EN LAS ESCUELAS ESPAÑOLAS ? 2006;
 40. Cruz Roja Española. Manual básico de primeros auxilios. 2016. 10a Ed. Barcelona: Cinco tintas. 2016.
 41. Emergencia Anónima. Primeros Auxilios. Guía Básica para actuar ante una emergencia. Emergencias. 2010. 41 p.
 42. Sanabria HG, Martínez-sabater A, Casal- MC, Ballestar-tarín ML. Proyecto de investigación: Implantación de un programa de primeros auxilios pra el alumnado de secundaria de Xirivella. Bibl Casas [Internet]. 2015;11(4):1–49. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0861.php>
 43. Macri M, Lemus JD, Pérez Baliño N, Kosacoff M RC. Manual de primeros auxilios y prevención de lesiones. 2016;5–38. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000884cnt-manual_1ros_auxilios.pdf
 44. Esparza Olcina M. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. PrevInfad / PAPPS [Internet]. 2011;1–30. Available from: http://www.aepap.org/previnfad/accidentes_domesticos.htm
 45. Ana Martínez Rubio M.^a Jesús Esparza Olcina Aguas, Guadalupe del Castillo, Begoña Domínguez AOPG. Accidentes en la población infantil española. Asoc Española Pediatría Atención Primaria y Fund Mapfre. 2014;61.
 46. Salud OM de la. Enfermedades cardiovasculares.Organización Mundial de La Salud (OMS). [Internet]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
 47. Enamorado A, Goro G. Caracterización De Pacientes Con Infarto Agudo Del Miocardio Con Elevación Del Segmento St. Rev Cuba Cardiol y Cirugía Cardiovasc. 2015;21(1):16–23.

48. Universalizando la enseñanza. Formación en las escuelas: experiencia en Galicia. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Available from: https://www.mscbs.gob.es/fr///biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/RCPGalicia.htm %0A
49. Azeredo R, Stephens-Stidham S. Design and implementation of injury prevention curricula for elementary schools: Lessons learned. *Inj Prev*. 2003;9(3):274–8.
50. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS Organ Mund la Salud [Internet]. 2016; Available from: www.who.int
51. Montserrat Rivero Urgell, Luis A. Moreno Aznar, Jaime Dalmau Serra JMM, Villares, Ana Aliaga Pérez, Aquilino García Perea GVM y JM, Torres Á. LIBRO blanco de la nutrición infantil en España. Zaragoza; 2015.
52. Gómez Candela C. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *Nutr Clin y Diet Hosp*. 2004;24(4):10–3.
53. Gordillo Gordillo MD, Sánchez Herrera S, Bermejo García ML. La obesidad infantil: análisis de los hábitos alimentarios y actividad física. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 2019;2(1).
54. Kumanyika, S., Jeffery, R., Morabia, A., Ritenbaugh, C., & Antipatis V. Obesity prevention: the case for action.(2002). *Int J Obes*. 2002;26(3):425.
55. INE. Índice de masa corporal población infantil según sexo y país de nacimiento. Población de 2 a 17 años. Instituto Nac Estadística.
56. OECD.The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris,. 2019;256. Available from: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en.%0A>
57. Marrodán Serrano MD et al. Criterios diagnósticos de obesidad. *An Pediatr*. 2006;65(1):5–14.
58. Niños , alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF. 2019;
59. Félix L. Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Rev Española Salud Pública* [Internet]. 81(5):437–41.

60. Campo Briz M. Proyecto de enfermería escolar. "Proyectos de salud escolar." *Proy Enfermería Esc* [Internet]. 2017;1–476. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tws.2012.02.007><http://arxiv.org/abs/1011.1669>
<http://dx.doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
61. Moreno C, Ramos P RF et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en la Comunidad Foral de Navarra. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual.
62. Moreno C, Ramos P RF et al. Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del Estudio HBSC en España. Minist Sanid. 2020;
63. Rodríguez, G., Benito, P. J., Casajús, J., Ara, I., Aznar, S., Castillo, M. J. y Gracia-Marco L. Actividad física, ejercicio y deporte en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil. *Nutr Hosp* [Internet]. 33(9):1–21. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001500001&lng=es. <http://>
64. Fernández R, Cardeñoso R. PROYECTOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA. Cantabria F de E de, Cantabria CO de E de, editors. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. 2017. p. 476.
65. Moreno Esteban B. Estrategia nacional de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). *Rev Esp Obes*. 2005;3(3):121.
66. INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares Año 2020. 2020;0(1):1–14.
67. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Minist Sanid y Consum Madrid MSC; 2005;
68. Rosell, L. y Alfonso MÁ. Educación Física y promoción de la salud: estrategias de intervención en la escuela. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2014;25:186–91.
69. Rosero LY, Aguirre; JAR, Moncada; MSL, Elvis Rodrigo Cevallos. Obesidad y síndrome metabólico en pediatría. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019;456–78.

70. Durán-Agüero S, Fernández-Godoy E, Fehrmann-Rosas P, Delgado-Sánchez C, Quintana-Muñoz C, Yunge-Hidalgo et al . Menos horas de sueño asociado con sobrepeso y obesidad en estudiantes de nutrición de una universidad chilena. Rev. perú. med. exp. salud publi. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 33(2):264–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2100>. salud publi
71. Carrillo-mora P. Trastornos del sueño : ¿ qué son y cuáles son sus consecuencias ?
72. Losada V, Rijavec MI. Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. Revista Neuronum. 2017;3(2):1–20.
73. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC). 2017;
74. La importancia de la Enfermería Escolar : Promoción de la salud desde las aulas . The importance of school nursing : Health promotion from the classroom . Marta Bolea Ayuda Clara Alcaine. 2018;1–33.
75. Carvallo P, Carvallo E, Barbosa-da-Silva S, Mandarim-de-Lacerda CA, Hernández A, del-Sol M. Efectos Metabólicos del Consumo Excesivo de Fructosa Añadida. Int J Morphol. 2019;37(3):1058–66.
76. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. Alimentación adecuada para mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. Rev Cuba Med Gen Integr. 2010;26(2):321–9.
77. Escalante Y. Physical activity, exercise and fitness in the field of public health. Rev Esp Salud Publica. 2011;85(4):325–8.
78. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>
79. Rué Rosell L, Serrano Alfonso MÁ. Educación Física y promoción de la salud: estrategias de intervención en la escuela (Physical Education and health promotion: strategies of intervention in the school). Retos. 2015;2041(25):186–91.
80. Requejo OH, Requejo VH, Requejo Marcos AM. Impacto de la nutrición en la lucha contra el insomnio. Nutr Hosp. 2020;37(2):57–62.
81. Gladys BC, Margoth Guisela MQ. Revista de Actualización Clínica DESHIDRATACION. Rev Actual Clínica. 2013;36:1857–61.
82. Uzcategui L. Vitamina D : Más Allá De Sus Efectos. 2012;25:1–4.

83. Mora Ochoa M, Olivares Savignon AR, González Gross TM, Castro Mela I. El sol: ¿enemigo de nuestra piel? Medisan. 2010;14(6):0-0.

ANEXOS

ANEXO 1: PRINCIPALES FUNCIONES Y FUENTES ALIMENTARIAS DE LOS NUTRIENTES

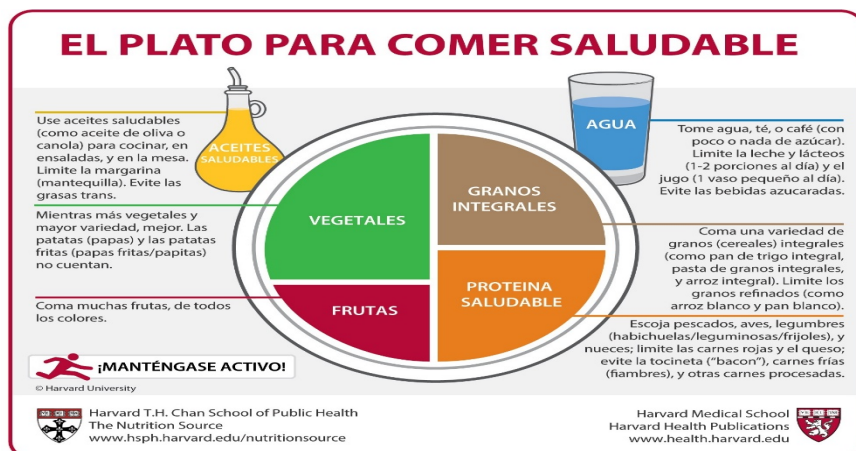
NUTRIENTES	FUNCIONES	FUENTES ALIMENTARIAS				
PROTEÍNAS	<ul style="list-style-type: none"> Componentes de las estructuras celulares: uñas, pelo, colágeno etc. Función reguladora: <ul style="list-style-type: none"> -Digestivas: enzimas -Endocrinas: hormonas -Inmunitarias: anticuerpos 	<ul style="list-style-type: none"> Origen animal: carne, pescado, lácteos y huevos Origen vegetal: legumbres, frutos secos y cereales 				
CARBOHIDRATOS	<ul style="list-style-type: none"> Principal fuente de energía De aquí obtenemos la GLUCOSA: Ayuda a mantener la actividad física y mental 	<ul style="list-style-type: none"> HCO simples: azúcar, miel y derivados HCO complejos: Arroz, pasta, pan y legumbres 				
LÍPIDOS	Función: <ul style="list-style-type: none"> Energética Reguladora (regulación térmica) Aportan ácidos grasos esenciales: Omega 6, Omega 3	<ul style="list-style-type: none"> Aceites, mantequillas y margarinas Carnes, pescados grasos y <u>derrivados</u>, huevos y productos lácteos Bollería y repostería 				
MINERALES	<ul style="list-style-type: none"> Componentes del esqueleto (Ca + P) Componentes de: <ul style="list-style-type: none"> la hemoglobina células sanguíneas hormonas tiroideas 	Fe Carne Legumbres Espinacas Yema	Ca Leche Queso Yogur Derivados lácteos	P Pescado Legumbres Frutos secos Lácteos Carne	Mg Cacao Frutos secos Arroz integral	K Futa Verduras Legumbres Cacao
VITAMINAS	Nutrientes esenciales que nuestro cuerpo necesita en pequeñas cantidades. Función reguladora (sistema inmunológico, utilización de minerales etc)	Vit a <u>Mantequilla</u> Leche Hígado Zanahoria	Vit-D <u>Salmón</u> Sardinas Mantequilla	Vit-E <u>Semillas</u> Huevos Aceite vegetal	Vit- K <u>Vegetales</u> Leche Carne Cereales	Vit-C <u>Kivi</u> Hortalizas Vegetales
		Vit-B1	Vit-B2	Vit-B6	Vit-B9	Vit-12

ANEXO 2: JUEGO DE PASAPALABRA

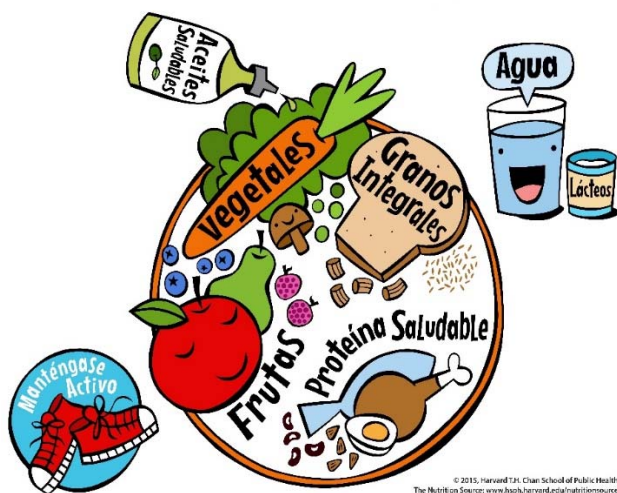


Fuente: <http://rincondeunamaestra.blogspot.com/2014/06/pasapalabra.html>

ANEXO 3: PLATO DE HARVARD

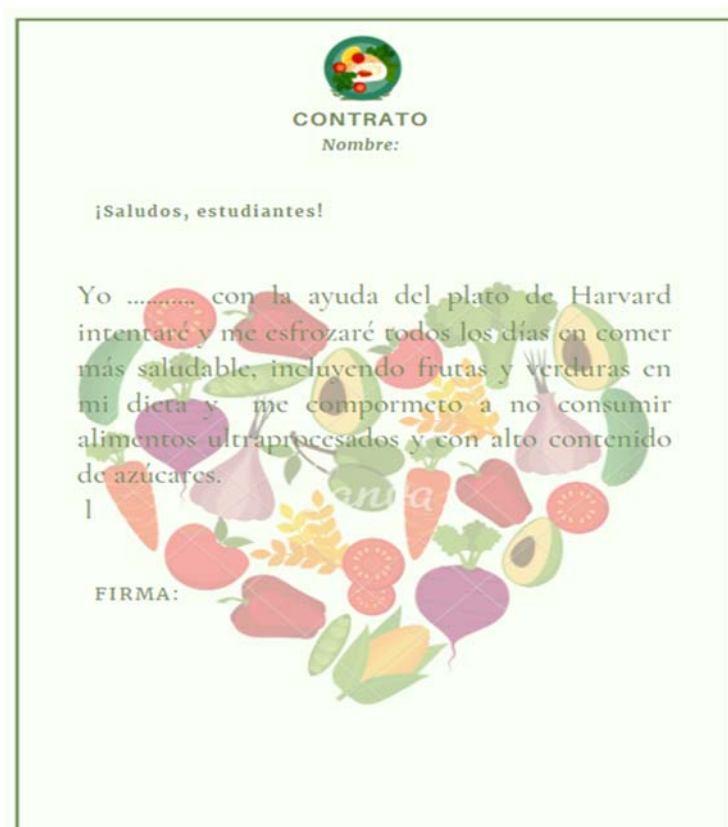



El Plato para Comer Saludable para Niños



Fuente: The Nutrition Source: www.hsph.harvard.edu/nutritionsource. 2015. Harvard T.H Chan School of Public Health.

ANEXO 4: “CONTRATO”




CONTRATO
Nombre: _____

¡Saludos, estudiantes!

Yo con la ayuda del plato de Harvard intentaré y me esforzaré todos los días en comer más saludable, incluyendo frutas y verduras en mi dieta y me comprometo a no consumir alimentos ultraprocesados y con alto contenido de azúcares.

1

FIRMA: _____

Figura 1: Contrato que deben firmar los escolares que participan en el programa. Se utilizó una de las plantillas extraído del programa Canva, y se adaptó el texto a nuestra población infantil. Elaboración propia.

ANEXO 5: AZÚCAR



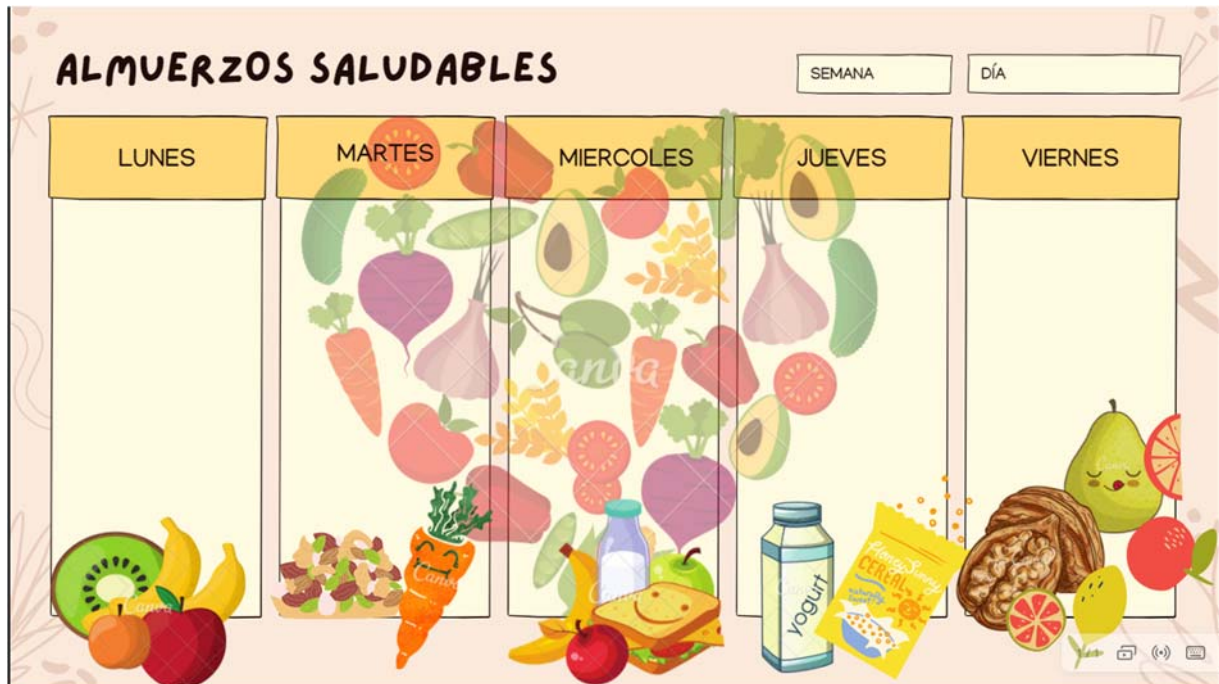
Figura 2 y 3: Datos obtenidos a partir de la página sin.Azucar.org. Mural, elaboración propia. Se utilizó una de las plantillas extraído del programa Canva.

ANEXO 6: PRESENTACIÓN POWERPOINT ALMUERZO SALUDABLE



ALMUERZOS
SALUDABLES.pptx

ANEXO 7: CALENDARIO almuerzo SALUDABLE



Opciones:

- Almuerzo o desayuno:
 - Pieza de fruta
 - Tortitas de maíz
 - Cereales sin azúcar
 - Pan integral + queso/ jamón + aguacate + tomate con aceite de oliva virgen extra
 - Bizcocho, galletas caseras

ANEXO 8: Higiene bucodental y lavado de manos



LAVADO DE
MANOS.pptx

ANEXO 9: Fotografía de cómo lavarse las manos según la OMS:



gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf



Figura 4: Imagen obtenida del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Fuente:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/img/cartel_HIGIENE_MANOS_CORONAVIRUS.jpg

ANEXO 10: POWER POINT: SNACK SALUDABLES Y ALGUNOS MITOS



Snack saludables y
algunos mitos.pptx

ANEXO 11: JUEGO DE MITOS

- 1) Los productos “light” son más sanos que los no light.
- 2) Las legumbres engordan
- 3) Sin lactosa/sin gluten más sano
- 4) La yema de huevo aumenta el colesterol
- 5) Galletas, bizcochos, barritas “bio” no engordan y son sanas
- 6) No hay que beber agua durante las comidas
- 7) Si realizo ejercicio puedo comer y beber lo que quiera
- 8) Los alimentos congelados son menos nutritivos que los frescos
- 9) Las grasas vegetales son más sanas que los alimentos que tienen grasa animal

ANEXO12: OCTAVA SESIÓN: HÁBITOS SALUDABLES



ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES.pptx

ANEXO 13: POWER POINT SALUD



LA SALUD
Introducción M.pptx

ANEXO 14: GYMKHANA: PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

1. *¿Cuántos grupos de alimentos hay?*
2. *¿A qué grupo de alimento pertenece el huevo?*
3. *¿Si tengo vómitos y diarreas que es importante que haga?*
4. *El estrés puede ser una consecuencia de:*
5. *¿Por qué es importante el consumo de la Vitamina D?*
6. *¿Qué pasa si bebo un café antes de irme a dormir?*
7. *¿Cuántas técnicas de cocina saludable conoces?*
8. *¿La leche desnatada es menos sana que la entera?*
9. *¿en qué dirección hay que lavarse los dientes? ¿horizontal o vertical?*
10. *¿Para qué son buenos los hidratos de carbono?*
11. *¿Qué nutrientes predominan en los siguientes alimentos?*
Huevos, garbanzos, aguacate

ANEXO 15: TRÍPTICO

¿CÓMO PUEDO COMER MEJOR?

Prioriza Alimentos Frescos
LEE LAS ETIQUETAS CON ATENCIÓN

Consume Alimentos Locales
Consumir productos locales

Consumir Alimentos de Temporada

- Si no hay en casa, no se come
- Basa la dieta en alimentos de origen vegetal
- Prioriza la fruta entera
La fruta es buena opción a cualquier hora del día
- Evite el consumo de productos azucarados
- El agua es la mejor opción para hidratarse

PLATO SALUDABLE

GRASAS SALUDABLES
VERDURAS
CEREALES INTEGRALES
FUENTE DE PROTEÍNA

2-3 RACIONES DE FRUTA AL DÍA
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA

AGUA PARA HIDRATARNOS

BASA TU ALIMENTACIÓN EN COMIDA REAL
COMPLETA CON BUENOS PROCESADOS
EVITA ULTRAPROCESADOS

ALIMENTO

PRODUCTO SÓLIDO O LÍQUIDO QUE APORTA NUTRIENTES

NUTRIENTES

- GLÚCIDOS**: Principal fuente de energía (combustible para las células)
- LÍPIDOS**: Tienen función energética y reguladora (equilibrio hormonal, transporte de vitaminas A,D,E,K)
- PROTEÍNAS**: Los componentes de las estructuras de las células y con función reguladora
- VITAMINAS**: Función reguladora (sistema inmunológico, utilización de minerales, etc.)
- MINERALES**: Función reguladora (equilibrio ácido-base) y estructural (forman parte del esqueleto, de proteínas, etc.)
- FIBRA**: Hidratos de carbono que nuestros cuerpos no pueden digerir. Se encuentran en los alimentos de origen vegetal (cereal, frutas, etc.)

MÉTODOS CULINARIOS

VAPOR, PLANCHA, SALTEADO, EBULLICIÓN, HORNO, MICROONDAS

¿CÓMO ME PUEDO MOVER MÁS?

AYUDA EN LAS TAREAS DE CASA

DA MÁS DE UN PASEO AL DÍA

BAILA TU CACCIÓN FAVORITA

PARTICIPA AL REALIZAR LAS COMPRAS

Proyecto de alimentación saludable

Curso 5º y 6º de primaria

upna
Universidad Pública de Navarra

ALIMENTO

PRODUCTO SÓLIDO O LÍQUIDO QUE APORTA NUTRIENTES

NUTRIENTES

- GLÚCIDOS**: Principal fuente de energía (combustible para las células)
- LÍPIDOS**: Tienen función energética y reguladora (equilibrio hormonal, transporte de vitaminas A,D,E,K)
- PROTEÍNAS**: Los componentes de las estructuras de las células y con función reguladora
- VITAMINAS**: Función reguladora (sistema inmunológico, utilización de minerales, etc.)
- MINERALES**: Función reguladora (equilibrio ácido-base) y estructural (forman parte del esqueleto, de proteínas, etc.)
- FIBRA**: Hidratos de carbono que nuestros cuerpos no pueden digerir. Se encuentran en los alimentos de origen vegetal (cereal, frutas, etc.)

MÉTODOS CULINARIOS

VAPOR, PLANCHA, SALTEADO, EBULLICIÓN, HORNO, MICROONDAS

CREA BUENOS HÁBITOS, Y ELLOS TE CREARÁN A TI

Explora tu mundo interior

Realizado mediante la aplicación Canva, elaboración propia.

ANEXO 16: DIPLOMA



Realizado mediante la aplicación Canva, elaboración propia.